

2 dicembre 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

Gazzetta del Sud

01/12/2024

Riviste del 7% già dall'anno in corso

Centri di riabilitazione Adeguate le tariffe

Il plauso delle associazioni datoriali: «Ora i passaggi conseguenti entro un mese»

PALERMO

La Regione ha portato a compimento il percorso legato all'adeguamento tariffario, a decorrere dall'anno finanziario 2024, nei confronti delle strutture riabilitative per disabili psico-fisico-sensoriali, delle comunità terapeutiche assistite, delle residenze sanitarie assistenziali e dei centri diurni per soggetti autistici, che applicano i contratti nazionali di categoria, nella misura del 7% a valere sui fondi del servizio sanitario regionale. Passaggio per il quale esprimono «grande apprezzamento» Aceres, Airs, Anffas, **Aris**, Concooperative Sicilia-Federsanità, Coresi Aias, Csr, Fenascop, Lega-

coopsociali Sicilia, in rappresentanza dei centri di riabilitazione, delle comunità terapeutiche assistite, delle residenze sanitarie assistite, dei centri diurni per soggetti autistici.

«Accogliamo con grande soddisfazione la pubblicazione della legge e, in particolare, dell'art. 28 comma 16 – affermano i responsabili regionali delle associazioni datoriali –. Un traguardo molto importante per il settore delle strutture socio sanitarie, che rivestono un ruolo fondamentale per l'assistenza ai soggetti fragili».

Le tariffe regionali, la cui ultima modifica risale all'anno 2010, determinano da tempo gravi difficoltà alle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, anche in considerazione della notevole incidenza del costo del lavoro assunta nel tempo,

nonché del considerevole aumento dei costi generali.

«Adesso – aggiungono – è fondamentale che l'Assessorato della Salute e, quindi, le Aziende sanitarie provinciali adottino, entro il 31 dicembre, i provvedimenti conseguenti per la definizione dei rapporti economici già per l'anno 2024 con le strutture accreditate e convenzionate, al fine di poter dare continuità all'eccellente lavoro portato a buon fine dal presidente Schifani, dalla Giunta regionale e dal Parlamento siciliano».



«Traguardo molto importante» Soddisfatti i rappresentanti delle associazioni

LA SICILIA

01/12/2024

PLAUSO DEL SETTORE A GIUNTA E ARS

Per le strutture di riabilitazione tariffario ritoccato del 7 per cento

CATANIA. «Grande apprezzamento per il lavoro svolto dal presidente Schifani» è quanto scrivono in una nota i presidenti delle Associazioni Aceres, Airs, Anffas, Aris, Confcooperative Sicilia/Federsanità, Coresi Aias, Csr, Fenascop, Legacoopsociali Sicilia, in rappresentanza dei Centri di Riabilitazione, delle Comunità Terapeutiche Assistite, delle Residenze Sanitarie Assistite, dei Centri diurni per soggetti autistici, che ringraziano anche la Giunta regionale e l'Ars, per aver portato a compimento, grazie all'art. 28 comma 16 della Legge regionale, il percorso legato all'adeguamento tariffario, a decorrere dall'anno finanziario 2024, alle strutture riabilitative per disabili psico-fisico-sensoriali, alle comunità terapeutiche assistite, alle residenze sanitarie assistenziali e ai centri diurni per soggetti autistici, che applicano i Ccnl di categoria, nella misura del sette per cento a valere sui

fondi del servizio sanitario regionale.

«Accogliamo con grande soddisfazione la pubblicazione della legge 28 del 18 novembre e, in particolare, dell'art. 28 comma 16 - affermano i responsabili regionali delle associazioni datoriali - Un traguardo molto importante per il settore delle strutture socio sanitarie, che rivestono un ruolo fondamentale per l'assistenza ai soggetti fragili».

Le tariffe regionali, la cui ultima modifica risale all'anno 2010, determinano da tempo gravi difficoltà alle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, anche in considerazione della notevole incidenza del costo del lavoro assunta nel tempo, nonché del considerevole aumento dei costi generali. «Adesso - aggiungono - è fondamentale che l'assessorato della Salute e, quindi, le Asp adottino, entro il 31 dicembre, i provvedimenti conseguenti per la definizione dei rapporti

economici già per l'anno 2024 con le strutture accreditate e convenzionate, al fine di poter dare continuità all'eccellente lavoro portato a buon fine dal presidente Schifani, dalla Giunta e dall'Ars». I firmatari della nota sono: per Federico Galasso (Aceres), Ottavio Palazzolo (Airs), Cristina D'Antrassi (Anffas), Domenico Arena (Aris Sicilia), Gaetano Mancini (Confcooperative Sicilia), Armando Sorbello (Coresi Aias), Sergio Lo Trovato (Csr), Adolfo Landi (Federsanità Sicilia), Giulia Cappadona (Fenascop Sicilia), Pippo Fiolo (Legacoopsociali Sicilia) e Santo Nicosia (Uneba Sicilia). ●



Centri di riabilitazione e disabili, arriva l'adeguamento tariffario



di Press Service | 30/11/2024

“Grande apprezzamento per il lavoro svolto dal Presidente Schifani” è quanto dichiarano le Associazioni ACERES, AIRS, ANFFAS, ARIS, CONFCOOPERATIVE SICILIA/FEDERSANITA', CORESI AIAS, CSR, FENASCOP, LEGACOOPSOCIALI SICILIA, in rappresentanza dei Centri di Riabilitazione, delle Comunità Terapeutiche Assistite, delle Residenze Sanitarie Assistite, dei Centri diurni per soggetti autistici, che ringraziano anche la Giunta regionale e l'ARS, per aver portato a compimento, grazie all'art. 28 comma 16 della Legge regionale, il percorso legato all'adeguamento tariffario, a decorrere dall'anno finanziario 2024, alle strutture riabilitative per disabili psico-fisico-sensoriali, alle comunità terapeutiche assistite, alle residenze sanitarie assistenziali e ai centri diurni per soggetti autistici, che applicano i CCNL di categoria, nella misura del sette per cento a valere sui fondi

del servizio sanitario regionale.

“Accogliamo con grande soddisfazione la pubblicazione della legge e, in particolare, dell’art. 28 comma 16 – affermano i responsabili regionali delle Associazioni datoriali – Un traguardo molto importante per il settore delle strutture socio sanitarie, che rivestono un ruolo fondamentale per l’assistenza ai soggetti fragili”.

Le tariffe regionali, la cui ultima modifica risale all’anno 2010, determinano da tempo gravi difficoltà alle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, anche in considerazione della notevole incidenza del costo del lavoro assunta nel tempo, nonché del considerevole aumento dei costi generali.

“Adesso – aggiungono – è fondamentale che l’Assessorato della Salute e, quindi, le Aziende Sanitarie Provinciali adottino, entro il 31.12.24, i provvedimenti conseguenti per la definizione dei rapporti economici già per l’anno 2024 con le strutture accreditate e convenzionate, al fine di poter dare continuità all’eccellente lavoro portato a buon fine dal Presidente Schifani, dalla Giunta regionale e dal Parlamento Siciliano”.

Catania, 29/11/2024

Luogo: PALERMO, PALERMO, SICILIA

Adeguate le tariffe regionali per il settore delle strutture socio sanitarie



Publicata sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia la Legge n. 28 del 18.11.24.

SANITA' | di LiveInforma

30 NOVEMBRE 2024, 09:23

ACERES, AIRS, ANFFAS, ARIS, CONFCOOPERATIVE SICILIA/FEDERSANITA', CORESI AIAS, CSR, FENASCOP, LEGACOOPSOCIALI SICILIA, in rappresentanza dei Centri di Riabilitazione, delle Comunità Terapeutiche Assistite, delle Residenze Sanitarie Assistite, dei Centri diurni per soggetti autistici, esprimono grande apprezzamento per il lavoro svolto dal Presidente Schifani, dalla Giunta regionale e dall'ARS, per aver portato a compimento, grazie all'art. 28 comma 16 della Legge regionale, il percorso legato all'adeguamento tariffario, a decorrere dall'anno finanziario 2024, alle strutture riabilitative per disabili psico-fisico-sensoriali, alle comunità terapeutiche assistite, alle residenze sanitarie assistenziali e ai centri diurni per soggetti autistici, che applicano i CCNL di categoria, nella misura del sette per cento a valere sui fondi del servizio sanitario regionale.

“Accogliamo con grande soddisfazione la pubblicazione della legge e, in particolare, dell'art. 28 comma 16 – affermano i responsabili regionali delle Associazioni datoriali – Un traguardo molto importante per il settore delle strutture socio sanitarie, che rivestono un ruolo fondamentale per l'assistenza ai soggetti fragili”.

Le tariffe regionali, la cui ultima modifica risale all'anno 2010, determinano da tempo gravi difficoltà alle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, anche in considerazione della notevole incidenza del costo del lavoro assunta nel tempo, nonché del considerevole aumento dei costi generali.

“Adesso – aggiungono – è fondamentale che l'Assessorato della Salute e, quindi, le Aziende Sanitarie Provinciali adottino, entro il 31.12.24, i provvedimenti conseguenti per la definizione dei rapporti economici già per l'anno 2024 con le strutture accreditate e convenzionate, al fine di poter dare continuità all'eccellente lavoro portato a buon fine dal Presidente Schifani, dalla Giunta regionale e dal Parlamento Siciliano”.

La norma

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE SICILIANE, RAGGIUNTO L'ADEGUAMENTO TARIFFARIO

Redazione

sabato 30 Novembre 2024

Un importante traguardo per il settore socio-sanitario siciliano è stato raggiunto con l'approvazione dell'articolo 28, comma 16, della nuova legge regionale. Grazie a questa norma, a partire dal 2024, sarà finalmente avviato l'adeguamento tariffario per le strutture riabilitative dedicate a soggetti con disabilità psico-fisico-sensoriali, comunità terapeutiche assistite, residenze sanitarie assistite e centri diurni per soggetti autistici. Il provvedimento, accolto con grande soddisfazione dalle associazioni di categoria, prevede un incremento delle tariffe del 7%, finanziato attraverso i fondi del servizio sanitario regionale.

Le principali associazioni rappresentative del settore – **ACERES, AIRS, ANFFAS, ARIS, CONFCOOPERATIVE SICILIA/FEDERSANITÀ, CORESI AIAS, CSR, FENASCOP e LEGACOOCSOCIALI SICILIA** – hanno espresso apprezzamento per il lavoro svolto dal Presidente della Regione, Renato Schifani, dalla Giunta regionale e dall'Assemblea Regionale Siciliana (ARS). *“Accogliamo con grande soddisfazione la pubblicazione della legge e, in particolare, dell'art. 28 comma 16 – dichiarano i rappresentanti regionali –. Si tratta di un traguardo fondamentale per il nostro settore, che ricopre un ruolo cruciale nell'assistenza ai soggetti più fragili”.*

Le tariffe regionali destinate a queste strutture non venivano aggiornate dal 2010, causando enormi difficoltà economiche a enti accreditati e convenzionati. L'aumento dei costi del lavoro, unitamente all'inflazione e alla crescita delle spese generali, aveva messo a rischio la continuità dei servizi erogati.

“L'adeguamento è un primo passo – continuano i rappresentanti delle associazioni – ma ora è essenziale che l'Assessorato alla Salute e le Aziende Sanitarie Provinciali adottino entro il 31 dicembre 2024 i provvedimenti necessari per definire i nuovi rapporti economici. Solo così si potrà dare concreta applicazione al lavoro svolto dalla Regione e garantire la sostenibilità delle strutture socio-sanitarie”.

Le tariffe regionali, la cui ultima modifica risale all'anno 2010, determinano da tempo gravi difficoltà alle strutture sanitarie accreditate e convenzionate, anche in considerazione della notevole incidenza del costo del lavoro assunta nel tempo, nonché del considerevole aumento dei costi generali.

“Adesso – aggiungono – è fondamentale che l'Assessorato della Salute e, quindi, le Aziende Sanitarie Provinciali adottino, entro il 31.12.24, i provvedimenti conseguenti per la definizione dei rapporti economici già per l'anno 2024 con le strutture accreditate e convenzionate, al fine di poter dare continuità all'eccellente lavoro portato a buon fine dal Presidente Schifani, dalla Giunta regionale e dal Parlamento Siciliano”.

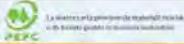


la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo



Lunedì 2 dicembre 2024



Oggi con Affari&Finanza

€ 1,70

Calcio

Malore in campo, paura e lacrime per Bove

Il giocatore della Fiorentina si accascia, sospesa gara con l'Inter I medici: non è in pericolo di vita

di Emanuela Audisio

È quando vedi qualcuno alle porte dell'aldilà. E ti senti testimone osceno di quelli che potrebbero essere i suoi ultimi momenti. E sei a una partita di calcio di serie A dove si corre e si scatta e non in una camera d'ospedale o in zona di guerra e nemmeno in uno scerpolato campetto di periferia. E non pensi di dover avere paura, anzi sei sollevato, sai che non devi avere preoccupazioni per la salute di ragazzi iper-monitorati, che fanno continui check-up, test fisici, che hanno sensori anche quando dormono.

alle pagine 4,5 e 7. Servizi di Bocci, Dovellini e Vanni



Siria

Aleppo, raid russi colpito il collegio dei francescani



di Castelletti, Colarusso, Di Feo, Lombardi, Saramuzzi e Tonacci da pagina 8 a pagina 11

Tutte le potenze in guerra a Damasco

di Lucio Caracciolo

Contatto. La ripresa in grande stile del conflitto di Siria connette i due epicentri che stanno ridisegnando i rapporti di forza nel mondo: l'ucraino e il mediorientale. Una sola guerra calda, ormai. Nella quale sono più o meno direttamente coinvolte tutte le potenze massime. Uno sguardo alla carta geografica rende l'idea del continuum che dalla pianura sarmatica via Mar Nero sfiorando il Caucaso penetra verso il Levante e la Penisola Arabica, per culminare nello Yemen controllato dagli Houthi, chiave di volta dei passaggi fra il nostro mare e quelli cinesi. All'incrocio dei tre grandi imperi eurasiatici - russo, persiano e ottomano - in aggiornata competizione, coprotagonisti della partita fra Stati Uniti e Cina per l'egemonia planetaria, centrata sull'Indo-Pacifico.

continua a pagina 28

AUTO

Tavares si dimette

Lascia l'amministratore delegato del gruppo Stellantis. L'azienda: "Divergenze con il cda" I poteri a un comitato esecutivo guidato da Elkann, il nuovo manager entro la metà del 2025

Tagli alla Volkswagen, scioperi nelle fabbriche tedesche

di Diego Longhin

Carlos Tavares lascia Stellantis. Il regista della fusione tra Fca e Psa, che ha dato vita al nuovo gruppo nel 2021, ha firmato ieri sera le sue dimissioni. L'amministratore delegato, 66 anni, è arrivato a questa scelta dopo un Consiglio di amministrazione molto difficile dove sono emerse visioni diverse tra lui e i membri del cda. Le dimissioni sono state accolte all'unanimità dai consiglieri. Ora la guida passa in capo ad un comitato esecutivo presieduto da John Elkann, presidente di Stellantis.

alle pagine 2 e 3. Con un servizio di Mastrobuoni



L'ex ad Carlos Tavares, 66 anni

Pensioni

L'aumento beffa delle minime 1,8 euro al mese

di Valentina Conte a pagina 13

Il festival

Un Sanremo extralarge trenta big per Conti

di Gino Castaldo

Bum: è arrivato, infine, a placare la voracissima curiosità del popolo italiano e i tormentati ultimi sonni di Carlo Conti. Ormai l'annuncio del cast di Sanremo è atteso come una fumata pontificia, come un risultato elettorale anche se, mantenendo l'analogia, ricordiamo che siamo solo agli exit poll, nel senso che per una verifica certa bisognerà aspettare lo spoglio ovvero l'ascolto delle canzoni, ma una verosimile idea di Sanremo 2025 ce la possiamo fare. La prima cosa a colpire è l'enormità.

alle pagine 32 e 33 con un servizio di Fumarola

ITALPREZIOSI logo and advertisement for jewelry.

CORRIERE DELLA SERA

KES

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

DEL LUNEDÌ

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



Il Festival
Da Ranieri a Elodie
i trenta big per Sanremo
di Renato Franco e Andrea Laffranchi
alle pagine 44 e 45

Decisione lampo
Ucciso l'orso M91
L'ira degli animalisti
di Tiziano Grottolo
a pagina 27



Stato e burocrazia

**IL DOPPIO
ERRORE
DA EVITARE**

di Sabino Cassese

Mentre l'attenzione dell'opinione pubblica è concentrata sui conflitti interni alla maggioranza e all'opposizione, che cosa succede nelle stanze del potere? Due proposte di norme, che debbono essere ambedue approvate, per motivi diversi, entro la fine dell'anno, stanno andando avanti in Parlamento. Esse regolano il potere dello Stato nei confronti della galassia semipubblica e privata che lo circonda e l'opera della Corte dei conti. Entrambe le proposte sono giuste nelle finalità, ma sbagliate nei mezzi. La prima è contenuta nella legge di bilancio per il 2025 e prevede la presenza di un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze nei collegi dei revisori e dei sindaci di società, enti, organismi e fondazioni che ricevono, anche in modo indiretto, e sotto qualsiasi forma, contributi significativi a carico dello Stato. Essa prevede altresì un contenimento della spesa e limiti ai compensi degli amministratori di organismi para-pubblici. È giusto controllare l'uso che soggetti terzi fanno delle risorse pubbliche; ma non si poteva fare diversamente? Una norma di questo tipo, sproporzionata ed intrusiva, finisce per cambiare i rapporti tra Stato ed economia, per essere un'invasione nell'autonomia di organismi privati. Inapplicabile nei casi in cui vi sia un sindaco unico o una società esterna di revisione. *continua a pagina 40*

Putin e l'Iran in soccorso del regime di Assad. I vertici della Ue a Kiev: «Saremo al vostro fianco»

Siria, raid russi sui ribelli

Mosca bombarda, vittime tra i civili. Colpito il collegio francescano di Aleppo

di Andrea Nicastro, Guido Olimpio, Marta Serafini e Gian Guido Vecchi



Edoardo Bove crolla a terra al Franchi, i soccorsi e la disperazione dei compagni di squadra

Incubo-Fiorentina
Bove crolla in campo
di Bardazzi, Bocci, De Bac, G. Gori e Tomaselli

L'ANALISI
Un altro fronte per lo zar
di Marco Imarisio

Siria nel caos: Mosca e Teheran in campo per sostenere l'alleato di Damasco. Raid dell'aviazione russa contro le postazioni dei ribelli jihadisti. Bombe anche sul collegio dei francescani ad Aleppo. *da pagina 2 a pagina 6*

L'ANALISI
Un altro fronte per lo zar
di Marco Imarisio

Il colpo di mano dei ribelli islamici ostili al regime di Damasco è un duro colpo inferto anche a Vladimir Putin. Mosca, da mezzo secolo, esercita un'influenza geopolitica ed economica sulla Siria. *a pagina 3*

SCELTO IL FIDATISSIMO PATEL

Fbi, la nomina del nuovo capo e la «vendetta» di Trump

di Massimo Gaggi

Il presidente eletto Trump ha scelto il nuovo capo dell'Fbi: sarà Kash Patel, figlio di immigrati indiani, fedelissimo del tycoon, con una mediocre carriera legale alle spalle. È considerato un falco nemico dei «giornalisti bugiardi» e feroce con gli avversari politici. *a pagina 21*

COMMISSIONE UE

Perché l'Europa è più debole

di Enzo Moavero Milanesi *a pagina 40*

Il caso I nomi per il futuro. L'ipotesi di accordi con Renault

Crisi Stellantis, il ribaltone: via Tavares, poteri a Elkann

I soci, Elkann e la crisi Stellantis. *alle pagine 8, 9 e 40*
commento di Daniele Manca

DATAROOM

Abuso d'ufficio, cosa succede dopo l'abolizione

di Luigi Ferrarella e Milena Gabanelli

A brogazione storica, quella dell'abuso d'ufficio. Era da 205 anni (dal Regno delle due Sicilie) che esisteva una norma di difesa del privato cittadino dalle possibili prevaricazioni dell'autorità pubblica. Oggi sono state cancellate 3.600 condanne e la norma è al vaglio di Consulta e Ue. *a pagina 29*

GIANNELLI



LE LISTE LEGA FL MELONE: NOI DIVERSI E COESI

Corsa per sostituire Fitto Foti è in cima alla lista

da pagina 10 a pagina 15

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Un mese fa ho partecipato alla Fiera del libro di Francoforte. Al di là dell'intervento che ho tenuto in Fiera sul perché abbiamo bisogno dei classici, ho potuto incontrare i lettori in due eventi esteri in occasione dell'uscita del romanzo *L'Appello* in tedesco, in una scuola e in un centro culturale. Le memorie vive di quelle ore mi tornano in mente e mi chiedo se raccontarle possa servire a qualcuno. Chi scrive deve sempre passare tra Scilla e Cariddi: da un lato il rischio di occuparsi troppo dell'io dimenticando il mondo e dall'altro quello di occuparsi troppo del mondo dimenticando l'io. Solo la relazione e tensione tra io e mondo aiuta a conoscere e amare di più la realtà, e rende un'esperienza, anche minuta, universale, cioè capace di unire cose e

Cose memorabili

persone. Chissà che questi fatti, anche dopo un mese (il «distante» rimane «istante» solo in base al livello di intensità della verità toccata), non risuonino anche in voi, cari lettori. Se il racconto è perché per me sono Memoria, cioè, nel mito greco, la madre delle Muse e non il passato o un archivio dati, come la intendiamo oggi, ma un presente che genera e non passa mai, e che, ricordato, produce la stessa serotonina (ormone della felicità) di quando viene vissuto, energia rinnovabile e sempre disponibile. Solo di questa Memoria la Musa può esser figlia. E voi di cosa fate Memoria oggi? Provando a rispondere scoprirete dove è per voi la Musa, la vita che non muore, ispirazione e gioia a comando. Comincio io. *continua a pagina 39*



Rimadesio

41202
9 773120 438008
Per ulteriori info su R.F. - DL 33/2003 (art. 1, c. 1, lett. d) - DL 33/2003 (art. 1, c. 1, lett. d) - DL 33/2003 (art. 1, c. 1, lett. d) - DL 33/2003 (art. 1, c. 1, lett. d)

LA CRISI DEI TRASPORTI

Lodissea di chi prende un aereo
Perché è diventato difficile volare

MARIO DEAGLIO - PAGINA 27



LA FONDAZIONE CRT

Poggi: "Ogr casa dell' Ai italiana
un freno alla fuga dei cervelli"

LEONARDO DI PACO - PAGINA 26



LA MUSICA

Dai vecchi boomer alla Gen Z
il Sanremo delle larghe intese

DONDONI, ITALIANO - PAGINE 30 E 31

SOLO NEI
MIGLIORI
BAR

LA STAMPA

LUNEDÌ 2 DICEMBRE 2024

CAFFÈ
COSTADORO
FONDATO 1926

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € L'ANNO 158 € N.333 € IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) // SPEDIZIONE ABB. POSTALE // D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) // ART. 1 COMMA 1, DCB-TO // www.lastampa.it

GNN

IL COLLEGIO FRANCESCO DI ALEPPO COLPITO DA UN MISSILE. TAJANI: ITALIANI IN SALVO, SIRISCHIA IL COLLASSO MIGRATORIO

Siria, i raid russi non fermano la Jihad

IL COMMENTO

Quegli Stati burattinai
di ribelli senza padroni

DOMENICO QUIRICO

Scrivere della Siria, decifrarla, imporre una disciplina prudente, una specie di permanente modalità di "stand by". Bisogna scrivere e riscrivere molte volte. - PAGINA 11

AGASSO, MAGRÌ, SEMPRINI

Le forze della coalizione ribelle stanno prendendo a morsi la Siria di Assad. I combattenti del gruppo jihadista Hts sono calati su Aleppo dalla provincia di Idlib. Ieri jet russi e siriani hanno preso di mira un'area dove secondo i soccorritori sono state uccise almeno sette persone, mentre il regime e l'alleato sostengono di puntare ai centri nevralgici degli insorti. - PAGINE 8-11

LE GUERRE

L'arma della fame
che fa morire Gaza

FRANCESCA MANNOCCHI

Ieri il commissario generale UNRWA, Philippe Lazzarini, ha annunciato la sospensione degli aiuti umanitari nella Striscia di Gaza dal valico di Kerem Shalom. - PAGINA 6

Rompicapo Ucraina
lavia stretta degli Usa

ETTORE SEQUI

Molte analisi di queste settimane sulla guerra russo-ucraina riflettono un'attesa quasi messianica verso la capacità di Trump di favorire o imporre una pace. - PAGINA 27

L'AD DEL GRUPPO LASCIA DOPO QUATTRO ANNI ALL'ORIGINE DELLO STRAPPO DIVERGENZE CON ALCUNI MEMBRI DEL CDA

Rivoluzione Stellantis, via Tavares

Il presidente Elkann a capo del nuovo comitato esecutivo: entro sei mesi il nome del successore

CLAUDIA LUISE, FRANCESCO SPINI

Stellantis, si cambia. L'ad Carlos Tavares ha presentato le dimissioni al cda, accettate all'unanimità. Già in corso il processo per la nomina di un nuovo amministratore delegato: è gestito da un comitato speciale del consiglio e si concluderà entro metà 2025. Il presidente del gruppo John Elkann ha personalmente informato il capo dello Stato Mattarella e la premier Meloni. - PAGINE 2-4

IL PERSONAGGIO

Il manager inciampato
nella svolta elettrica

TEODORO CHIARELLI

È durata appena quattro anni la permanenza di Carlos Tavares sul trono di Stellantis. Come Carlo V governava su un impero dove non tramontava il sole. Un impero fatto di auto prodotte in America (Nord, Sud e Centro), in Europa, in Africa e un poco in Asia, nato dalla fusione a inizio 2021 fra la Fca controllata dalla Exor della famiglia Agnelli e Psa (Peugeot-Citroen) controllata dalla famiglia Peugeot e dallo Stato francese. Un matrimonio arrivato dopo l'improvvisa scomparsa di Sergio Marchionne nel luglio 2018 e il naufragio delle nozze fra Fca e l'altra casa francese Renault. - PAGINA 3



LA GERMANIA

La crisi Volkswagen
"Sciopero a oltranza"

USKIA AUDINO

Tagli salariali, riduzione del personale e chiusura degli stabilimenti: è questo quadro ad agitare come mai in passato il sindacato della tedesca Volkswagen. - PAGINA 4

L'ECONOMIA

Cosa rischia l'America
con i dazi di Trump

BILLEMOTT

Trump non è mai stato uno che rispetta le convenzioni. Quando ha minacciato Messico, Canada e Cina illustrando la sua politica commerciale in pochi si sono meravigliati. - PAGINA 6

PARLA MATTIA FURLANI, ASTRO NASCENTE DELL' ATLETICA MONDIALE

"Io, le rivolte e la noia"

GIULIA ZONCA

«Ai giovani serve lo sport come passione. Prendere strade brutte oggi per un ragazzino è proprio facile». - PAGINA 25

CIRIO FUSCO/ANSA

IL RACCONTO

Forse sopravvivere
a 72 ore di guerra
Di certo sono pronto
alla lotta per la pace

MAURIZIO MAGGIANI



Mi hanno chiesto, così tanto per parlare, ma tu sapresti cosa fare se la guerra venisse a cercarti, hai idea di come cavartela se una notte la tua casa implodesse per una granata esplosa da un obice chissà da dove, e ti trovassi in strada intanto che l'obice continua a fare il suo lavoro? - PAGINA 13

L'INTERVISTA

Zaia: "La Lega ha visto
anche tempi migliori"

PAOLO FESTUCCIA

«La Consulta non ha bloccato la legge sull'Autonomia. Purtroppo siamo nel Paese dove la principale abilità è la mistificazione, quindi chi ha perso il ricorso ama dire che l'ha vinto». Quanto alla Lega «ho visto momenti migliori e vissuto momenti peggiori» dice il governatore del Veneto Luca Zaia. Che sul terzo mandato poi aggiunge: «Non intendo mendicarlo. Deciderò quando i tempi saranno maturi». - PAGINA 13

LA POLITICA

Foti dopo Fitto
la scelta di Meloni

Ilario Lombardo

Se Schlein preferisce
Landini a Conte

Alessandro De Angelis

IL CALCIO: IL TORO PERDE COL NAPOLI, SOSPESA FIORENTINA-INTER. MALORE PER IL CENTROCAMPISTA VIOLA

Beffa Juventus a Lecce raggiunta a tempo scaduto

BALICE, BARILLA, BUCCHERI

Cambia il punteggio, l'effetto è lo stesso: la Juve non fa 0-0, ma pareggia. E stavolta c'è anche il sapore della beffa dentro al viaggio a Lecce: due i pali bianconeri nella prima metà della sera e, quando la missione sembra arrivata al traguardo, ecco spuntare il tocco di Rebić al 93'. - PAGINE 24 E 25



La grande paura per Bove crisi epilettica in campo

ARCOVIO, DESANTIS

Avvertiva qualcosa di strano da un paio di minuti. La testa che gira, i riflessi appannati. A Edoardo Bove, calciatore da quando aveva 10 anni dei suoi 22 di età, era capitato altre volte. Ma mai di perdere coscienza, finire in ospedale e trovarsi in sedazione farmacologica e ricoverato in terapia intensiva. - PAGINA 33



ACQUISTIAMO
ANTIQUARIATO
orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI
GRATUITE IN
TUTTA ITALIA
IMPORTANTI
COLLEZIONI O
SINGOLO
OGGETTO



Medici a gettone, marcia indietro un solo contratto e tariffe ridotte

Le linee guida del ministero per arginare il picco dei listini con compensi fino a tremila euro per Natale. Ora chiamate limitate ai casi urgenti. Il primario: ospedali in ginocchio, sarà difficile farne a meno

di **Michele Bocci**

Il ministero alla Salute fa un nuovo tentativo per arginare la diffusione dei medici a gettone e i loro guadagni folli. Una pratica, quella della sanità on demand pagata a caro prezzo, usata da molte Regioni che hanno difficoltà a coprire i turni ospedalieri. Ora è stato pubblicato in Gazzetta ufficiale il decreto di Orazio Schillaci che detta le linee guida sui gettonisti. L'atto segue la legge approvata il 26 maggio del 2023.

Le linee guida prevedono tra l'altro tariffe massime di 85 euro l'ora per chi lavora al pronto soccorso e per gli anestesisti e di 75 euro per gli altri servizi ospedalieri. Marcia indietro anche per gli infermieri con tariffe orarie fino a 28 euro. Come già prevedeva la norma di partenza, si ribadisce che i gettonisti possono essere utilizzati «solo in caso di necessità e urgenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga». Previsto anche un tetto massimo di 48 ore settimanali di lavoro e deve essere assicurato un riposo di undici ore tra un turno e l'altro.

Intanto il sistema dell'arruolamento dei gettonisti va avanti. Anche in questi giorni, racconta un medico romano, arrivano proposte per coprire i turni in alcuni ospedali in difficoltà. Tra gli specialisti più cercati, a parte i medici del pronto soccorso, ci sono i rianimatori ma anche i pediatri. Per i turni di 12 ore, ad esempio agli anestesisti, vengono offerti da 1.100 a 1.500 euro. Tra gli ospedali interessati ci sono Rho, Sesto San Giovanni, Busto Arsizio, Cinisello Balsamo, il Galeazzi di Milano, in Lombardia.

Ma si cercano medici anche in Veneto, in Emilia-Romagna,

in Liguria e in Abruzzo. La spesa sostenuta dalle aziende sanitarie e ospedaliere negli ultimi cinque anni, ha calcolato l'Anac, l'Autorità nazionale anti-corruzione, è di 1,7 miliardi.

Le linee guida prevedono ora compensi più bassi rispetto a quelli offerti dalle tante società che reclutano i medici. Prima di utilizzare questi professionisti le aziende ospedaliere devono essere certe di non poter utilizzare personale già in servizio. Sempre in base alle linee guida devono esserci alcune garanzie sul livello professionale e, per chi non ha la cittadinanza italiana, sulla conoscenza della nostra lingua. Medici e infermieri a gettone devono stipulare, con oneri a proprio carico, una polizza di assicurazione per colpa grave. Serve a sollevare l'amministrazione pubblica da eventuali cause da parte di persone danneggiate nello svolgimento del loro lavoro.

Pessimista Fabio De Iaco, presidente della Simeu, la Società italiana di medicina di emergenza urgenza, e primario al Maria Vittoria di Torino: «La norma che doveva arginare i gettonisti è stata approvata oltre un anno fa e finora non ha prodotto grandi effetti. I contratti già stipulati vanno avanti, vediamo per il futuro che impatto avranno le linee guida. L'importante è che tutti le seguano, anche per quanto riguarda i compensi. Se qualche ospedale non le rispetterà, riprenderà la competizione al rialzo». Per De Iaco sarà difficile fare a meno dei gettonisti. «Finché non vengono date alternative sugli orga-

nici, sarà impossibile rinunciare alle cooperative. Anch'io ne utilizzo una che mi copre una quindicina di notti al mese. I soldi che ricevono i colleghi? È una questione tra loro e l'ospedale. È giusto cercare di dare una regolamentazione, ma le alternative vanno cercate all'interno del sistema sanitario nazionale».



I numeri Gli esborsi delle Asl

1.500

Le paghe più alte
In alcuni ospedali della Liguria sono offerti anche 1.500 euro per un turno di 12 ore a Natale. Altrove si arriva a 1.100

1.020

I compensi nelle linee guida
In base alle nuove linee guida i medici di pronto soccorso e gli anestesisti non possono ricevere più di 85 euro l'ora, per turni di 12 ore fino a un massimo di 48 ore a settimana

1,7 mld

I soldi spesi in cinque anni
È l'Anac a fare la stima dei soldi spesi dalle Regioni che li utilizzano per i gettonisti



Il regolamento del ministero

Compensi ai medici gettonisti, tetto di 85 euro all'ora

ROMA Solo per necessità e con costi calmierati: 85 euro all'ora al pronto soccorso e in rianimazione, un massimo di 75 euro negli altri reparti. La stretta sull'ingaggio di medici e infermieri a gettone, chiamati negli ospedali per coprire organici sofferenti, reclutati attraverso cooperative nate ad hoc, è un regolamento a firma del ministro della Salute Orazio Schillaci, pubblicato in Gazzetta Ufficiale. È il seguito di un'operazione avviata nel marzo del 2023 col decreto denominato Bollette, convertito due mesi dopo, inizialmente poco efficace in quanto consentiva alle aziende di derogare in situazioni particolari. Ora arriva un nuovo alt per contenere un fenomeno dispendioso per la sanità pubblica oltre che incoerente. La spesa per assumere a ore personale extra si aggira attorno a 1,7 miliardi, gli esterni vengono pagati più di un operatore sanitario strutturato, si ricorre spesso a figure estranee alla vita del

reparto sottoposte oltretutto a turni ravvicinati a tal punto da non garantire il riposo (e anche questo sarà vietato). Tappabuchi che a volte si spostano da una struttura all'altra senza intervalli. Per gli infermieri la tariffa oscilla tra 28 euro al pronto soccorso e 25 per gli altri servizi. Tutte le Regioni hanno utilizzato questo sistema di reclutamento. Lombardia, Abruzzo e Piemonte sono quelle più attive. Le linee guida ministeriali ribadiscono che questi professionisti potranno essere utilizzati solo nei casi di emergenza, in un'unica occasione e senza possibilità di proroga, quando non sia possibile trovare soluzioni alternative «a seguito della verificata impossibilità di prendere personale sia dipendente sia in regime di convenzione». I gettonisti di rinforzo dovranno avere requisiti di professionalità e, se stranieri, conoscere la lingua italiana. Verrà richiesto «l'obbligo di buon comportamento».

La stretta

Schillaci: potranno essere utilizzati solo per «verificata impossibilità di alternative»

Schillaci appena insediato al ministero della Salute si è attivato per porre un freno ai gettonisti. Durante un'ispezione dei Nas in tutta Italia diverse situazioni di ingaggio tramite cooperative e società risultarono irregolari.

Margherita De Bac

La vicenda

● Il ministero della Salute ha fissato le norme per i medici gettonisti. Retribuzione massima: 85 euro l'ora per pronto soccorso e rianimazione, 75 per gli altri reparti



I SEGRETARI DI CGIL E UIL INCALZANO LA PREMIER PER APRIRE UN CONFRONTO

Dalla sanità alla sicurezza, l'accusa dei sindacati "Non possono ignorare 500 mila persone in piazza"

Cgil e Uil, forti della piazza del 29 novembre, si rivolgono direttamente alla premier Giorgia Meloni chiedendo di raccogliere i bisogni espressi da chi ha manifestato, pacificamente e democraticamente. «Non si può rimuovere quello che è avvenuto venerdì e che 500 mila persone hanno chiesto di essere ascoltate. Ci deve essere una risposta», scandisce Maurizio Landini, a cui fa eco Pier Paolo Bombardieri. La palla passa ora nel campo dell'esecutivo. Per i sindacati servono investimenti in sanità, un sistema fiscale più equo, un lavoro meno precario e più sicuro. Cgil e Uil chiedono di spostare risorse a favore di chi non arriva alla fine del mese. «Questioni concrete – sottolinea Bombardieri –

sulle quali ci aspettiamo risposte concrete». E se non arriveranno, avvertono, Cgil e Uil valuteranno come andare avanti nella protesta. La legge di bilancio è ancora in Parlamento, l'esame non è nemmeno concretamente iniziato e, in teoria, qualche spazio di manovra in più per il 2025 si potrebbe ricavare. Bombardieri e Landini, inoltre, lasciano intendere che del confronto con i sindacati, con le rappresentanze della società, non si può fare a meno. Per questo chiedono un nuovo incontro a Palazzo Chigi, in cui le parti sociali possano tornare protagoniste e non mere ascoltatrici. Dal fronte del governo, il vicepremier Matteo Salvini ripete come un mantra che il leader della Cgil fa politica e

che il suo obiettivo è arrivare in Parlamento. L'accusa è anche quella di incitare alla rivolta, come dimostrerebbero gli scontri avvenuti a Torino. Parole che Landini rimanda al mittente: «Le nostre sono manifestazioni democratiche, quelle modalità di scendere in piazza non c'entrano nulla con noi». E resta la polemica sullo stesso diritto di sciopero: «Ogni forma di precettazione è una chiusura e una violazione di un diritto costituzionale» dice Bombardieri. «Giù le mani dal diritto di sciopero che è scritto nella Costituzione», insiste la leader Pd Elly Schlein. Ma Salvini non arretra: «Sono stati quasi mille gli scioperi da inizio anno». —



Maurizio Landini, Cgil



SANITÀ
Solo 12 regioni coprono i livelli essenziali

■ Solo 12 Regioni su 20 nel 2023 sono riuscite a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria alla loro popolazione. In vent'anni si sono dimezzati i ricoveri negli ospedali pubblici e quasi raddoppiati quelli nelle strutture convenzionate. In Lazio e Lombardia (scesa all'ottavo posto) la sanità privata pesa di più. **CAPOCCI A PAGINA 5**



LA LOMBARDIA DAL QUARTO ALL'OTTAVO POSTO, FUORI DAL GRUPPO DI TESTA

Sanità, solo dodici regioni coprono i livelli essenziali

ANDREA CAPOCCI

■ Solo 12 Regioni su 20 nel 2023 sono riuscite a garantire i livelli essenziali di assistenza sanitaria alla loro popolazione. Il dato non è ancora ufficiale ma il direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute, Amerigo Cicchetti, lo ha anticipato intervenendo al Forum Risk Management tenutosi nei giorni scorsi ad Arezzo. È una sostanziale conferma del quadro del 2022, in cui il numero di regioni che soddisfano i livelli essenziali era identico.

La valutazione si basa su un insieme di parametri suddivisi nelle tre aree dell'assistenza ospedaliera, di quella territoriale e della prevenzione. Il ministero della Salute considera «adempienti» le regioni che ricevono un punteggio superiore a 60 su 100 in tutti e tre i settori e le premia con una quota supplementare di finanziamento pubblico. Secondo le cifre in mano a Cicchetti, pubblicate dal sito specializzato *Quotidiano Sanità*, la migliore performance si registra in Toscana, davanti a Veneto ed Emilia-Romagna, ex-prima della classe nei dati del 2022. Appare in netto peggioramento la sanità lombarda, che scivola dal quarto all'ottavo posto con quasi 20 punti in meno nell'assistenza territoriale rispetto all'anno prece-

dente. In fondo alla classifica finiscono Sicilia, Valle D'Aosta e Calabria. La Campania esce dal gruppo delle «inadempienti» migliorando la sua performance nell'assistenza territoriale ma viene sostituita dalla Liguria a causa di un rallentamento delle attività di prevenzione (vaccinazioni e screening).

È l'ennesimo campanello d'allarme su quanto potrebbe succedere con l'autonomia differenziata, se dopo le modifiche richieste dalla Corte Costituzionale e i possibili referendum abrogativi dovesse davvero entrare in vigore: fissare livelli essenziali di prestazione, come già avviene in sanità e in qualche altro settore, non dà certezza che ai cittadini di tutto il territorio nazionale siano garantiti standard minimi di qualità. Anzi, i meccanismi premiali introdotti possono perpetuare le disparità. Dai dati di Cicchetti, per esempio, emerge come le Regioni del sud siano anche quelle che ricevono meno soldi da Roma in rapporto alla popolazione. In Calabria e Sicilia, che si collocano ben al di sotto delle soglie minime di assistenza, la spesa sanitaria pubblica pro-capite è oltre 500 euro

più bassa rispetto a quella che si registra in Trentino.

I dati di Cicchetti rivelano anche un deciso spostamento del-

le attività assistenziali dalla sanità pubblica a quella privata negli ultimi due decenni. Nel 1998 i ricoveri nelle strutture pubbliche erano oltre 11 milioni e negli ospedali privati convenzionati erano un milione e mezzo. Queste proporzioni rimangono più o meno invariate fino al 2007, poi il numero complessivo di ricoveri diminuisce a causa del progressivo taglio dei posti letto. Da allora, i grafici relativi alla sanità pubblica e a quella privata viaggiano in senso opposto. Negli ospedali statali i ricoveri si dimezzano, scendendo sotto i 6 milioni nel 2023. Al contrario, quelli negli ospedali privati da circa vent'anni rimangono stabilmente al di sopra dei due milioni - fatta eccezione per il 2020, l'anno peggiore della pandemia da Covid-19 - e nel 2023 toccano i 2,4 milioni. L'impatto della sanità privata in Italia però è molto diseguale da regione a regione. Quella in cui il privato conta di più è il Lazio, dove



il manifesto

solo il 43% dei ricoveri avviene negli ospedali pubblici: la sanità convenzionata (soprattutto cattolica) accoglie il 52% delle degenze, il resto si rivolge a quella totalmente privata a carico dei cittadini. Simile la situazione della Lombardia, dove i ricoveri pubblici si fermano al 52%, lasciando la quota rimanente alla sanità convenzionata dominata dalle grandi imprese come Gruppo San Donato e Humanitas. Seguono Molise (55% di degenze nel pubblico), Puglia (65%) e Campania (67%).

Le Regioni con l'assistenza

più efficiente si assomigliano per la proporzione tra pubblico e privato: quasi 9 pazienti su 10 si ricoverano nel pubblico in Toscana e circa 8 in Veneto ed Emilia-Romagna. Basilicata e Umbria sono le sole regioni in cui nel privato avvengono meno del 10% dei ricoveri.

Dimezzati i ricoveri nel pubblico, quasi raddoppiati quelli nel privato convenzionato



Torino, ospedale Martini foto di Tino Romano/Ansa



EMERGENZA SALUTE

Sanità, Sud profondo rosso La Puglia degli scandali

Sbraga a pagina 12



EMERGENZA SALUTE



Il Ministero ha assegnato dei colori alle strutture del Paese in base alle performance e al Sud il sistema è in crisi

ANTONIO SBRAGA

••• Aziende sanitarie locali e ospedaliere del Sud in codice giallorosso. Sono i colori assegnati dal Ministero della Salute quando la valutazione dei "livelli di performance" dei manager sanitari risultano "medi" (giallo) e "bassi" (rosso). Ed è così che la cartina del Mezzogiorno è diventata come una gigantesca ban-

diera del Lecce in questa sanità italiana sempre più a due velocità, trainata dal nord dipinto di verde (il colore del livello di performance alto).

Una disomogeneità più marcata si rileva sul versante ospedaliero, dove le prestazioni rese da 51 aziende sono state giudicate come buone in 13 casi, però tutti del centro-nord, con la top-5 occupata da Santa Croce e Carle di

Cuneo; Padova; le romane Tor Vergata e Sant'Andrea e il Policlinico San Matteo di Pavia. Mentre le 13 bocciate, di cui la metà nella sola Sicilia (6) sono tutte nel Sud (4 in Campania, 2 in Calabria e una in Sardegna). Ma



anche la metà delle 25 aziende ospedaliere che hanno ricevuto una "valutazione intermedia" è nel Mezzogiorno: 4 in Campania, 2 in Puglia, Sicilia e Sardegna e una ciascuna in Calabria e Basilicata. Anche il grafico relativo alla valutazione delle gestioni nelle 110 Aziende sanitarie locali (Asl) e territoriali la «Curva Sud» è tinta di giallorosso come quella dello Stadio Olimpico di Roma. In questo caso il monitoraggio si basa sulla valutazione di 34 indicatori classificati in 6 aree (prevenzione, distrettuale, ospedaliera, sostenibilità economica-patrimoniale, outcome) e 12 sub-aree.

«Il risultato del mix di tutte le aree analizzate porta all'individuazione di 27 aziende con una valutazione complessiva buona: le 5 Aziende che raggiungono un livello maggiore di performance sono l'Azienda 8 Berica; l'ATS di Bergamo; l'Azienda ULSS N.6 Euganea; l'Azienda ULSS N.1 Dolomiti e l'Azienda USL Bologna». Sono tutte nel nord, perché l'uni-

co vessillo verde-speranza issato nel Sud, infatti, appare isolato ed è isolano: si trova tra Cagliari e provincia. Mentre fra le «30 con una valutazione migliorabile», invece, c'è quasi tutta la Sicilia, in profondo rosso (l'unica bandiera gialla sventola a Ragusa grazie al «livello di performance medio» della sua Asp, al pari di altre 52 aziende giudicate «intermedie»). Uno dei parametri più importanti valutati dall'agenzia ministeriale Agenas, come «la percentuale di screening alla mammella sulla popolazione target» vede, ad esempio, una «flop-5» tutta meridionale (dall'1,38% di Reggio Calabria, seguita da Cosenza, Agrigento, Trapani e Foggia) a fronte del podio di Trento (con il 76,10%) nelle aziende sotto i 700 mila abitanti. Mentre fra quelle delle città oltre i 700 mila c'è un'altra «flop-5» tutta made in sud per quanto riguarda le lunghe attese delle ambulanze. Fino ai «29 minuti che intercorrono tra la chiamata e l'arrivo del mezzo di soccorso» di Napoli-Centro, i 28 di

Napoli-Sud, i 27 di Caserta, i 25 di Bari e i 24 di Salerno (nelle realtà più piccole i record di 35 minuti a Reggio Calabria e 30 a Cosenza). Ma anche nel Lazio l'attesa è alta: 27 minuti nell'Asl Roma 5, 24 nella Roma 6, 23 nella Roma 3 e 21 sia nella Roma 1 che nella Roma 2. E alla capitale va un'altra maglia nera nazionale delle attese: quella in Pronto Soccorso. Per la «percentuale di accessi in Pronto Soccorso con tempo di attesa tra entrata e dimissione dal Ps maggiore o uguale a 48 ore», infatti, c'è il picco del policlinico Tor Vergata col 12,3%, seguito dal Sant'Andrea con l'11,1%, il Cardarelli di Napoli con il 9,1% e altri 2 Ps romani come il San Camillo (7,1%) e l'Umberto I (5,5%).



NEL "COLLEGATO"

L'IDEA UNA RETE D'ECCELLENZA PER FRENARE LA MOBILITÀ SANITARIA. GLI OSTACOLI: REGIONI E RISORSE

Mega ospedali al Sud, ma mancano i fondi

Potrebbe nascere una rete di "ospedali nazionali", una "rete dell'eccellenza" come la chiamano al ministero della Salute che dovrebbe coprire tutto il Paese da Nord a Sud. L'obiettivo è garantire cure ad alta specialità anche nelle regioni meridionali - oncologia, oncoematologia, cardiocirurgia, neurochirurgia, radioterapia, medicina nucleare - riducendo la mobilità sanitaria che costringe milioni di persone a viaggiare, per lo più dal Centro-Sud verso Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana. Nel 2023 è costata quasi 3 miliardi di euro. Una spesa in crescita anche rispetto al 2019 pre-Covid.

La rete dovrebbe abbracciare una ventina di ospedali pubblici e privati, anche se all'inizio

potrebbero partire con 8-10 come anticipato ieri da *Sole 24 Ore* e *Stampa*. Si parla di Niguarda e Humanitas in Lombardia, Gemelli e forse anche Policlinico Umberto I a Roma, Federico II di Napoli e Policlinico di Bari. Un'altra rete simile dovrebbe riunire gli ospedali pediatrici attorno al Bambino Gesù di Roma, al Meyer di Firenze e al Gaslini di Genova. Il piano mira anche a superare la logica Irccs, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico che negli anni si sono moltiplicati. Ma l'elenco non esiste ancora, c'è solo un gruppo di lavoro che al ministero della Salute sta lavorando al progetto voluto dal ministro Orazio Schillaci per inserirlo in provvedimento collegato alla legge di Bilancio. E sarebbe solo il primo passo.

Questi ospedali infatti sarebbero finanziati in parte dallo Stato con un apposito fondo che di fatto li sottrarrebbe almeno in parte all'orbita delle Regioni, alcune delle quali faranno certamente resistenza. La mossa di Schillaci andrebbe per la prima volta in direzione opposta rispetto al Titolo V della Costituzione e alla regionalizzazione della sanità pubblica. Potrebbe dunque non piacere alla Lega e ai sostenitori dell'autonomia differenziata, ma anche alla Lombardia che incassa più di altre Regioni dalla mobilità sanitaria, non sempre però dai settori ad alta specialità. Al ministero però sono convinti di poter superare queste difficoltà, anche perché sarebbe necessaria una profonda revisione degli standard di

tutti gli ospedali attraverso modifiche del dm 70 del 2015 che richiedono l'ok delle Regioni.

Quanti soldi ci metteranno non è chiaro, evidentemente ne servono molti ed è su questo che si misurerà il progetto. Si parla di 20 miliardi a regime, che al momento non ci sono. Ma si potrebbe partire con i fondi attualmente destinati ad altri obiettivi.

M.F.

**FENOMENO
DA 3 MLD
PER IL NORD**

LA MOBILITÀ sanitaria che costringe milioni di persone a viaggiare, per lo più dal Centro-Sud verso Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Toscana nel 2023 è costata quasi 3 miliardi. Il piano è di creare una rete di 20 centri pubblici e privati in tutta Italia, ma partendo subito con 8-10, specie al Sud



In affanno Un pronto soccorso a Napoli



Dalla scuola alla sanità Il welfare degli italiani deve rinnovarsi

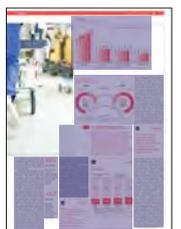
Oltre seicento miliardi vanno a salute, politiche sociali previdenza e istruzione: quasi i due terzi della spesa pubblica. Ma non basta per guardare alla “costruzione del futuro”

Rosaria Amato

Non è un Paese per vecchi: lo dimostrano i continui tagli alle pensioni, ma soprattutto l'incapacità di varare e di finanziare adeguatamente una riforma a sostegno della non autosufficienza, essenziale in un Paese che arriverà al 2050 con un terzo della popolazione over 65. Ma l'Italia non è neanche un Paese per giovani: si comincia a trascurarli dalla più tenera

età, visto che, nonostante gli sforzi del Pnrr, non si riesce ad assicurare in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale quella quota del 33% di asili nido prevista dalla Ue. Non c'è da stupirsi che poi l'Italia brilli per tasso di dispersione scolastica, che abbia un numero di Neet (giovani che non lavorano né studiano) da record nel confronto tra i Paesi Ue (circa un milione e mezzo) e che per la quota di giovani con

istruzione terziaria (29%) siamo terziultimi tra i Paesi Ocse. Per non aggiungere che tanti giovani laureati, sfiduciati nelle prospettive del Paese, e da offerte di lavoro inadeguate, fuggono all'estero, in cerca di un



futuro migliore.

In Italia, secondo le stime del think tank "Welfare Italia", promosso dal Gruppo Unipol e da The European House-Ambrosetti, i quattro pilastri del welfare, e cioè sanità, politiche sociali, previdenza e istruzione, rappresentano la principale voce di spesa pubblica: nel 2023 sono stati spesi 662,7 miliardi di euro, circa il 57,9% del bilancio. Una cifra imponente, eppure le falle del sistema Italia sono sotto gli occhi di tutti. Una prima questione strutturale è costituita dalle distanze tra le aree del Paese, una questione che decenni di progetti realizzati con i Fondi di Coesione Ue, e lo stesso Pnrr, sono ben lontani dall'aver risolto. L'ultimo Rapporto Svimez sottolinea anzi come la spinta del Pnrr, che pure ha impresso velocità alla crescita, sta riducendo il suo impatto positivo, e dal 2025 il tasso di crescita del Pil tornerà ad essere inferiore a quello del resto del Paese. Le differenze in termini di valore aggiunto si riflettono sui servizi essenziali, dalla scuola alla salute: secondo il Welfare Index Italia i divari territoriali sono aumentati dello 0,7% nel 2023.

Il welfare italiano, inoltre, fa sempre più fatica ad adattarsi ai cambiamenti e alle esigenze del Paese. La spesa, rileva lo studio Unipol-Ambrosetti, risulta sbilanciata sulla "gestione del presente", con una quota del 78,9%, 6,1 punti percentuali in più rispetto alla media europea, e non riesce a rimodellarsi sulla "costruzione del futuro", cioè sugli investimenti per le nuove generazioni, dall'istruzione alle politiche sociali strutturali per la famiglia (compreso l'housing sociale) e il sostegno dell'occupazione. Ad attestare il fallimento delle politiche attive per l'occupazione, per esempio, ci sono gli allarmi ormai quasi

giornalieri delle varie organizzazioni imprenditoriali, da Confindustria a Confartigianato a Unioncamere, che ogni mese pubblicano dati che stimano in cifre sempre più alte la distanza tra le competenze ricercate dalle imprese e quelle poi reperibili sul mercato del lavoro. Ci sono tassi di mismatch che, nei settori a più alta specializzazione, sfiorano il 70%. Tanto che si diffonde sempre di più il Job Referral, la pratica promossa da diverse aziende, che garantiscono un premio ai dipendenti che presentano candidati validi per l'assunzione.

Le leggi di Bilancio mostrano ogni anno i tentativi delle varie forze politiche di tirare da una parte o dall'altra coperte sempre più corte, visto che, dall'anno prossimo, l'Italia dovrà adeguarsi al nuovo patto di stabilità. Secondo gli analisti di "Welfare Italia" entro il 2030 sarà necessario reperire 176 miliardi di euro in più per garantire la sostenibilità del sistema italiano.

Il fatto poi che la spesa sia orientata alla gestione del presente non significa che sia adeguata, neanche da questo punto di vista. Oltre la metà delle risorse va alla previden-

za, la spesa sanitaria assorbe il 20,9%, le politiche sociali il 16,1%, e all'istruzione rimane solo il 12,1%. La spesa previdenziale non può che crescere, per via dell'invecchiamento della popolazione e del minore apporto dei giovani lavoratori, in costante diminuzione. La spesa sanitaria crescerà per le stesse ragioni. Sacrificare le politiche per le famiglie, l'istruzione, il lavoro, significa negare al Paese il futuro.

Anche la spesa sul presente, però, va profondamente riconsiderata. Era l'obiettivo della legge delega 21 marzo 2023 n.33, che riprendeva il testo varato alcuni mesi prima dal governo Draghi. Le norme puntavano alla creazione del Sistema Nazionale per la Popolazione anziana non autosufficiente (Snaa), con

un coordinamento generale e integrato di tutti gli interventi pubblici per la non autosufficienza, suddivisi tra sanità, servizi sociali e prestazioni monetarie. Ma il decreto attuativo 29/2024 tradisce tutte le attese: manca il coordinamento tra gli interventi, le risorse sono poche e mal distribuite. «Mentre la delega delineava un progetto di cambiamento ampio e condivisibile – si legge in uno studio recente, pubblicato dal "Patto per un nuovo welfare sulla non autosufficienza", una coalizione che riunisce le principali organizzazioni del settore, da onlus e volontariato ad associazioni sindacali e datoriali – il decreto ne ha seguito in modo parziale le indicazioni, ridimensionando nettamente l'orientamento al cambiamento». Non c'è più il sistema unitario e integrato, sparisce la costruzione di una domiciliarità pensata per la non autosufficienza, viene archiviata la riforma dell'indennità di accompagnamento, una misura ormai totalmente inadeguata, che viene integrata con un importo di 850 euro mensili, ma solo per chi si ritrova in una condizione di grave povertà (appena 30 mila persone). Per tutti gli altri non c'è nulla. O meglio, c'è quell'ampia rete di operatori volenterosi e pazienti, riuniti in un gran numero di associazioni, che si occupano di tamponare un'emergenza sempre più grave.



L'OPINIONE

Secondo i dati raccolti da Unipol-Ambrosetti una prima questione strutturale è costituita dalle distanze tra le aree del Paese che fondi Ue e Pnrr non colmano



COVID&C. • La bozza ferma al ministero per i dubbi politici

La destra strillava, ma da 2 anni il piano pandemico è bloccato

» Marco Franchi

L'ultimo allarme è di Matteo Bassetti, direttore delle Malattie infettive al San Martino di Genova: "Se per caso dovesse arrivare una nuova pandemia, magari causata proprio dall'avaria, la politica avrebbe grossi problemi a giustificarsi davanti i cittadini. Ancora aspettiamo il nuovo Piano pandemico 2024-2028, che fine ha fatto?", ha detto ieri l'esperto, uno dei volti divenuti familiari negli anni bui del Covid, uomo di destra tutt'altro che ostile al governo in carica e infatti candidato a un ruolo di super manager della giunta regionale ligure di Marco Bucci. Non la manda a dire, il professore: "Purtroppo dopo la pandemia Covid il tema delle malattie infettive è diventato come il tifo calcistico, ci si divide tra squadre e c'è poca scienza. I politici hanno invaso il terreno, che non è di loro competenza". Bassetti ha condiviso un intervento di Ilaria Capua, ex deputata ai tempi della Scelta Civica di Mario Monti, altra studiosa oggi alla Johns Hopkins di Bologna dopo l'esperienza in Florida, che ieri sul *Corriere della Sera* ha pubblicato una sorta di appello a non sottovalutare l'avaria, il "virus acrobata H5N1" che negli Stati Uniti ha compiuto il "salto di specie dagli uccelli ai bovini, animali considerati resistenti all'infezione".

MA IL PIANO pandemico italiano che fine ha fatto? Come si ricorderà ai tempi del Covid ci furono polemiche e indagini giudiziarie sul mancato aggiornamento di quello vecchio, che addirittura risaliva al 2006. E sulla sua mancata applicazione. Così

ne fu varato un altro, quando alla Salute c'era Roberto Speranza e il direttore della Prevenzione era l'epidemiologo Giovanni Rezza. Alle destre, decise a processare il governo Conte-2 con la commissione d'inchiesta sul Covid, quel piano non andava bene. Ne hanno commissionato un altro e lo scorso gennaio il ministero ha presentato alle Regioni una bozza, elaborata dall'attuale direttore della Prevenzione Francesco Vaia. È stata sostanzialmente approvata dalla comunità scientifica e dalle Regioni. Poi però è stata inghiottita nei meandri del ministero della Salute e non è mai arrivato il via libera per il quadriennio 2024-2028, come i giornali hanno scritto più volte e come Bassetti ha ricordato ieri.

Il primo problema era il finanziamento, che ora c'è. Circa 300 milioni in tre anni. Il Piano pandemico non è poi solo un pezzo di carta. Dev'essere anche applicato con la definizione di chi deve fare cosa e declinato nei piani regionali e locali. L'altro problema era modificare alcuni aspetti giuridici: le destre al governo e Fratelli d'Italia *in primis*, dopo aver cavalcato le polemiche contro i lockdown del 2020 e del 2021, volevano chiarire che eventuali restrizioni potranno avvenire solo attraverso leggi approvate dal Parlamen-

to, o al limite decreti legge. Nulla che ricordasse i Dpcm di Giuseppe Conte, sui quali la maggioranza intende ancora polemizzare in commissione Covid. Eppure l'ordinamento italiano prevede ordinanze restrittive di vario genere in caso di diffusione di agenti infettivi, come abbiamo visto anche per gli ultimi casi di Dengue. Hanno poteri di ordinanza sanitaria i presidenti delle Regioni, i prefetti e perfino i sindaci.

DIFFICILMENTE la questione è tutta lì, al ministero della Salute assicurano comunque che il Piano è finanziato dal 1° gennaio 2025, è stato rivisto dall'Istituto superiore di sanità e da qui ad allora sarà definitivamente approvato e pubblicato. Per il momento però è ancora fermo al ministero, sulla linea di comunicazione non agevolissima tra Vaia e la nuova direttrice del Dipartimento che comprende la Prevenzione, Maria Rosaria Campitiello, compagna del viceministro degli Esteri di FdI Edmondo Cirielli.

IL MALUMORE DEGLI SCIENZIATI

IERI sulla vicenda della mancata approvazione del nuovo Piano pandemico è intervenuto l'infettivologo Matteo Bassetti: "Se per caso dovesse arrivare una nuova pandemia, magari causata proprio dall'avaria, la politica avrebbe grossi problemi a giustificarsi davanti ai cittadini. Ancora aspettiamo il nuovo Piano pandemico 2024-2028, che fine ha fatto?", ha detto l'esperto che potrebbe entrare nella giunta regionale ligure di Marco Bucci. Bassetti condivideva un appello della scienziata Ilaria Capua a non sottovalutare l'avaria, virus che negli Stati Uniti avrebbe già compiuto "il salto di specie dagli uccelli ai bovini".



FAMILIARI COVID: "SQUALLIDO GIOCO POLITICO"
Dai No Vax agli scontri nel ministero:
chi sta bloccando il Piano pandemico

MANTOVANI E PROIETTI A PAG. 8

POST CORONAVIRUS • Ecco perché 2 anni non sono bastati

I no vax e gli scontri alla Salute bloccano il Piano pandemico

» **Alessandro Mantovani**

La prima versione del piano pandemico 2024-2028 l'ha bloccata *La Verità*, il giornale della destra no vax. La bozza presentata dal ministero della Salute alle Regioni, che l'hanno sostanzialmente approvata nel gennaio scorso, è caduta sotto i colpi del quotidiano di Maurizio Belpietro: "Con il suo nuovo piano pandemico la destra riassume lockdown e dpcm" titolava *La Verità* il 19 gennaio, censurando le "restrizioni della libertà" e la definizione dei "vaccini" come "le misure preventive più efficaci". Poi è intervenuto Palazzo Chigi, in particolare il sottosegretario Giovanbattista Fazzolari, uno dei due bracci destri di Giorgia Meloni che è anche il punto di riferimento della destra più ostile ai vaccini. Non solo alle restrizioni eccessive e ai *green pass*, ma proprio ai vaccini.

Così alla Salute è arrivato l'ordine di rivedere il piano, ritenuto troppo simile a quello elaborato nel 2021 ai tempi di Roberto Speranza. Oggi li dicono che "il ministro Orazio Schillaci e il capo di gabinetto non avevano neanche letto il piano presentato alle Regioni". Male. Perché

il direttore della Prevenzione Francesco Vaia l'aveva trasmesso in anticipo anche al gabinetto, che peraltro era nel gruppo di lavoro che nei precedenti sei mesi aveva elaborato la bozza. Come l'Istituto superiore di sanità (Iss) guidato da Rocco Bellantone, endocrinologo del Gemelli di Roma e lontano cugino di Fazzolari.

AD OGNI MODO il 3 luglio *Panorama* pubblicava un articolo di Francesco Borgonovo, vicedirettore della *Verità*: "Esclusiva - Ecco il nuovo piano pandemico". E spiegava: "Ora un nuovo piano c'è dopo le vergognose lungaggini dei precedenti governi e dopo un brutto passo falso compiuto mesi fa dall'attuale gestione". La bozza c'era davvero, Borgonovo citava un passaggio: "Gli interventi sono fondati su un solido razionale scientifico e metodologico supportato da dati rappresentativi della popolazione alla quale verranno applicati, in modo da rispettare anche il principio di giustizia e di equità nell'accesso alle risorse. Gli interventi sono, inoltre, motivati da una condizione di necessità. Per tale motivo, ogni intervento è guidato anche dal principio di responsabilità". La bozza però è rimasta una bozza, anzi è stata superata a settembre da un'ulteriore, terza bozza, elaborata

dall'Iss di Bellantone. L'ha chiamato in causa, su input di Palazzo Chigi, la nuova direttrice del Dipartimento che comprende la Prevenzione, Maria Rosaria Campitiello, che si è insediata a fine giugno. Una figura tecnica, non certo una nemica dei vaccini come del resto il ministro Schillaci, ma anche compagna del viceministro degli Esteri Edmondo Cirielli di FdI.

Le modifiche riguardano gli odiati dpcm, ogni decisione dovrà passare dal Parlamento - anche se poi in materia sanitaria ci sono poteri d'ordinanza diffusi dai sindaci in su - e in generale le misure non farmacologiche (chiusure, mascherine, ecc.), ma anche i vaccini. Aspetti "etico giuridici" su cui Vaia ha scritto che la direzione Prevenzione non ha competenza, dovrebbe occuparsene il gabinetto; quelli economici finanziari invece sono stati risolti, servivano soldi per i dipartimenti di Prevenzione e i laboratori, mentre "la parte scientifica" sa-



rebbe rimasta “la stessa della prima bozza”.

Ma la partita non è ancora chiusa perché al ministero non è un bel momento, abbiamo già scritto di una “guerra tra bande”: ballano nomine e incarichi, compreso quello di Vaia. Intanto però i ritardi nell’approvazione del piano hanno irritato perfino uno scienziato vicino alle destre come l’infettivologo genovese Matteo Bassetti: “I politici hanno invaso il terreno che non è di loro competenza”,

ha detto venerdì.

Schillaci tace, il ministero sembra bloccato anche in altri settori. Ieri però la Salute ha diffuso una lunga nota in cui assicura di aver “operato ogni possibile valutazione e approfondimento nonché con sollecitudine (!) al fine di arrivare ad approvare una versione che correggesse anche quei possibili errori messi in evidenza dalle esperienze passate. Affinché i ricercatori e i clinici del Dipartimento di Prevenzione e dell’Istituto superiore di sanità apportassero le modifiche necessarie a renderlo operativo e

approvabile, è stato necessario del tempo”. Una nota poi’ ridicola a 10 mesi dal primo via libera delle Regioni. Che presto dovrebbero ricevere la nuova bozza, si spera l’ultima.

**DA GENNAIO
LA BOZZA
RISCRITTA
DUE VOLTE:
ORDINE
DI FAZZOLARI**

LA PARALISI DELLA DESTRA CHE STRILLAVA

NON È ANCORA

tramontato il sogno della destra che vuole processare Giuseppe Conte e Roberto Speranza per la gestione della pandemia da Covid-19: i lavori sono in corso, tra i temi c’è anche il mancato aggiornamento del vecchio piano pandemico risalente al lontano 2006. Intanto però il governo guidato da Fratelli d’Italia non è riuscito ad approvare il nuovo Piano pandemico 2024-2028, che dovrebbe sostituire quello del 2021: l’abbiamo scritto ieri. La prima bozza, sostanzialmente approvata dalle Regioni nel gennaio scorso, è stata sottoposta ad almeno due revisioni su ordine di Palazzo Chigi: l’ultima stesura non è ancora stata trasmessa alle Regioni



Punti sul vivo

Il tema dei vaccini Covid continua a tenere banco
FOTO LAPRESSE



Errori medici, la compagnia non entra nei giudizi penali

Responsabilità

Non è incostituzionale la norma che non consente di coinvolgere l'assicurazione

La Consulta ricorda che l'azione diretta non è generalizzata

Maurizio Hazan

Chiamata nuovamente a pronunciarsi, nel giro di poco più di un anno, sulla legittimità costituzionale dell'articolo 83 del Codice di procedura penale, nella parte in cui non consente al medico-imputato di coinvolgere nel giudizio penale la propria compagnia assicuratrice, la Corte costituzionale – con l'ordinanza 177 del 7 novembre 2024 – dichiara, anche questa volta, la questione inammissibile confermando perciò la preclusione normativa.

Secondo il giudice remittente, il Tribunale di Palermo, la Corte costituzionale avrebbe dovuto confermare, anche per l'assicurazione obbligatoria dei medici, il principio espresso (sentenze 112/1998 e 159/2022) per l'assicurazione della Rc auto e dell'attività venatoria, in relazione alle quali la questione di legittimità era stata ritenuta fondata. A sostegno di questa affermazione vi era il fatto che quelle coperture obbligatorie – attribuendo al danneggiato un'azione diretta verso l'impresa di assicurazione del responsabile – finivano per rendere quest'ultima, sul piano sostanziale processuale, civilmente e solidalmen-

te responsabile, giustificando la sua partecipazione al processo penale. Alle stesse conclusioni si sarebbe dovuti pervenire per i nuovi obblighi assicurativi dei medici, anch'essi connotati dalla previsione di un'azione diretta a favore dei danneggiati.

Azione diretta limitata

Si tratta, come rileva la Consulta, di un ragionamento parzialmente errato e impreciso, che attesta come, anche dopo l'entrata in vigore del decreto ministeriale 232/2023 (che ha attuato la parte assicurativa della legge

24/2017), le coordinate soggettive e oggettive di quegli obblighi di copertura siano poco conosciute. Infatti, l'articolo 12 della legge 24 del 2017 consente al danneggiato di agire direttamente nei confronti dell'assicuratore, ma solo in due casi: nella copertura della responsabilità civile verso terzi contrattuale della struttura e di quella, ugualmente contrattuale, del medico libero professionista che svolge la propria attività su pazienti propri.

In tutti gli altri casi, invece, la legge non prevede alcuna azione diretta, tantomeno quando si tratta delle polizze a tutela dei rischi che gravano sui professionisti "strutturati", cioè dipendenti o collaboratori autonomi che svolgono la loro attività in qualità di ausiliari della struttura. Si tratta, anzitutto delle polizze con cui questi ausiliari devono obbligatoriamente coprirsi dal rischio di rivalsa (erariale o civilistica) che, dopo aver risarcito un paziente, la struttura di appartenenza (o, in via surrogatoria, l'impresa assicurativa che assicura la responsabilità civile) potrebbe svolgere contro di loro in caso di colpa grave (articoli 9 e 10, comma 3, legge 24).

Ma anche delle polizze a copertura dei rischi di responsabilità civile verso terzi in cui i professionisti "strutturati" potrebbero incorrere, nel caso in cui un paziente volesse agire direttamente nei loro confronti. Queste ultime polizze devono essere stipulate in loro favore dall'ospedale di appartenenza, che potrebbe, in alternativa, costituire appositi fondi di accantonamento (le "analoghe misure" previste dall'articolo 10, comma 1).

L'applicazione

Il caso sottoposto alla Consulta riguardava proprio un ausiliario di struttura, accusato di aver omesso doverosi controlli e diagnosi nel periodo

successivo all'esecuzione di un intervento chirurgico, causando la morte della paziente. Non è chiaro se questi, invocando l'intervento in causa del proprio assicuratore, si fosse riferito alla propria polizza di colpa grave o a quella che la struttura gli avrebbe fornito in relazione al suo rischio di Rc. Quale che fosse il tipo di copertura, la stessa non avrebbe comunque consentito al danneggiato di agire direttamente verso la compagnia. E di azione diretta neppure si sarebbe potuto parlare nel caso in cui si fosse trattato di una polizza di Rc aggiuntiva, e facoltativa, che il medico avesse spontaneamente stipulato. Scelta, questa, che nel mutato panorama normativo può essere ancora utile se la struttura sanitaria non rispetti gli impegni di copertura verso i propri ausiliari (il che può accadere quando lo spettro di polizza non sia completo o qualora i fondi di autoassicurazione non diano adeguate garanzie di solvibilità).

Di qui l'infondatezza, e prima ancora, l'inammissibilità dell'ordinanza di remissione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'azione diretta, nelle diverse polizze sanitarie

1

Polizza di responsabilità civile verso terzi a copertura dei rischi propri della struttura sanitaria

- Prevista dall'articolo 10, comma 1, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 1, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuta a stipularla la struttura sanitaria (in alternativa alle "misure analoghe")
- Ammessa l'azione diretta

2

Polizza di responsabilità civile verso terzi a copertura dei rischi del personale dipendente, in veste di ausiliario della struttura sanitaria

- Prevista dall'articolo 10, comma 1, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 1, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuta a stipularla la struttura sanitaria (in alternativa alle "misure analoghe")
- No all'azione diretta

3

Polizza di responsabilità civile verso terzi a copertura dei rischi del libero professionista autonomo in veste di ausiliario della struttura sanitaria

- Prevista dall'articolo 10, comma 1, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 1, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuta a stipularla la struttura sanitaria (in alternativa alle "misure analoghe")
- No all'azione diretta

4

Polizza di responsabilità civile verso terzi a copertura dei rischi del libero professionista che ha assunto un'obbligazione

contrattuale con il proprio paziente

- Prevista dall'articolo 10, comma 2, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 2, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuto a stipularla il sanitario esercente la libera professione
- Ammessa l'azione diretta

5

Polizza a copertura dei danni causati dall'operatore sanitario per colpa grave, in caso di rivalsa della struttura

- Prevista dall'articolo 10, comma 3, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 3, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuto a stipularla il professionista esercente la professione sanitaria
- No all'azione diretta

6

Polizza a copertura dei danni causati dall'operatore sanitario, in caso di rivalsa dell'assicuratore

- Prevista dall'articolo 10, comma 3, legge 24/2017 e dall'articolo 3, comma 3, decreto ministeriale 232/2023
- È tenuto a stipularla l'esercente la professione sanitaria
- No all'azione diretta

7

Polizza a copertura del rischio di responsabilità civile verso terzi dell'ausiliario della struttura

- Nessun obbligo: è una facoltà, in capo all'esercente la professione sanitaria
- No all'azione diretta



29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI



Performance manageriali del Ssn, nel report Agenas il crepuscolo delle Aou e un pessimo Sud. Ma ora serve un colpo di reni per formare medici di pregio

di *Ettore Jorio*

L'unità statistica e flussi informativi sanitari dell'Agenas rappresenta un gioiello di funzionalità per l'analisi ricognitiva delle condizioni esistenziali del Servizio sanitario nazionale, rendicontate per somma delle aziende sanitarie assunte per singoli valori qualitativi prodotti. In buona sostanza, l'Uosd svolge un ruolo tecnico di fondamentale importanza per conoscere, in progressiva simultaneità, lo stato di salute imprenditoriale delle aziende sanitarie del Paese, distinte in territoriali e ospedaliere, componenti i diversi sistemi sanitari regionali e provinciali. Assume in modo coordinato e continuativo i flussi informativi sociosanitari e li traduce in cruscotti informativi anche georeferenziati. Raccoglie le informazioni utili per la valutazione dei fabbisogni epidemiologici, analizzando lo stato dell'offerta dei Lea. E ancora. Contabilizza con tempestività la mobilità interregionale e finanche infra-aziendale. Con tutto questo, stima l'effetto delle politiche volte a migliorare le liste di attesa, rendicontando l'andamento dell'Alpi. Il recente Report pubblicato dall'Agenas sulla 'Valutazione della performance delle aziende sanitarie pubbliche, ospedaliere e territoriali' costituisce l'esempio di una buona pratica di monitoraggio, di rilievi e finanche di progetto - concluso con il supporto dell'Uoc Gestione economica del Ssn, dell'Uosd Statistica e Flussi informativi Sanitari e dell'Uoc Ufficio Formazione/Ecm - per cristallizzare una concreta visione delle condizioni di partenza del sistema della salute nazionale. Non solo. Per predisporre una programmazione che porti il Ssn a riprendere la strada dell'efficienza, dell'efficacia, dell'economicità e dell'utilità (si veda qui il [puntale articolo di Barbara Gobbi pubblicato il 28 novembre scorso](#)).

Insomma, un lavoro utile a costituire il punto di partenza pubblico, accuratamente comparato, che mette luce nel buio esistente riuscendo a essere funzionale a dare gas alle politiche regionali sino a ora dagli effetti negativamente asimmetrici. Ciò senza che ci fosse una legge che ne consentisse la tanto detuperata autonomia legislativa differenziata ex art. 116, comma 3, della Costituzione.

L'iniziativa Agenas, complicata a leggersi nei particolari, rileva grandi difetti organizzativi e di risultato. Dimostra una supremazia efficientista di alcune aree del Paese e, per alcuni versi, una sostanziale perdita di primato (ove vi fosse mai stato) delle aziende ospedaliere universitarie, che - a differenza di quelle di Padova, di Tor Vergata e della Sant'Andrea di Roma - non guadagnano alcun podio, anche rispetto ad Ao di



provincia del tipo quella Santa Croce e Carle di Cuneo.

Dal macro dato emerge che circa il 30% dei presidi, territoriali e ospedalieri, del sistema della salute è davvero persino al di sotto dei livelli minimi, tanto da non garantire i Lea alla nazione regionale di riferimento. Ma se queste piangono, non sono affatto tantissime le regioni a potere sorridere, tanto è alta l'evasione dall'applicazione del Dm/77 istitutivo delle case di comunità, gli ospedali di comunità e le centrali operative territoriali, ovunque evanescenti.

Una bella figura la fanno, comparando i dati del Report Agenas con la realtà vissuta, gli Irccs, sia pubblici che privati, da sempre a godere di governance di più alto profilo e livello di quelle solitamente impegnate nelle aziende sanitarie. Una pessima figura, la solita, la fa il Ssn impegnato nel Mezzogiorno, abituato a collezionare pagelle caratterizzate da quasi tutti due: in sostenibilità dei bilanci, in qualità erogativa, in capacità di attenuare la mobilità passiva, in recettività e in completezza del personale, ovviamente attratto dalle sirene dell'altrove.

Ed è proprio qui, sull'argomento del personale che andrebbero impegnate tutte le strutture dell'Agenas. Magari anche nella formulazione di disegni di legge strumentali a generare un apparato senza il quale non si assicurerà al sistema la "mano d'opera medica" pregiata che le occorre per riprendere a funzionare al meglio e impedire che peggiori, con i bravi medici prossimi ad andare in pensione.

Il tema infatti non è - in assenza di giovani medici subentranti ovvero di una loro acquisita esperienza tale da superare i gap dei neofiti riscontrabili anche nella presenza degli operatori extraeuropei - solo quello di trovare camici bianchi e completi azzurri disponibili ma di metterli in condizione di essere più bravi di quelli destinati a essere sostituiti.

Al riguardo, si commettono due errori di ipotesi in assenza di una seria finalizzazione delle discipline speciali. Non è infatti utile, se non per superare un vulnus immediato, l'elevazione del limite di età, neppure se disposto ad libitum, senza che si diano ai medici più ricchi di elevata esperienza, acquisita specie nelle branche chirurgiche, funzioni formative. Magari incentivati da contratti quadriennali di scopo, con retribuzione agevolata fiscalmente, indispensabili per assumere lo scettro dei più bravi, che vanno in quiescenza, in una età appena superiore ai quarant'anni.

Una logica, questa, da leggere quale utile alternativa a consegnare oggi importanti responsabilità ospedaliere ad abili "bisturi" quasi pronti ad andare in pensione. Quattrini e occasioni buttate al vento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

I dubbi di Cimo-Fesmed sui dati Agenas: se il personale Ssn è tornato ai livelli del 2003 assunti anche medici?

«Vorrei ringraziare l'Agenas per il lavoro che svolge quotidianamente, e che culmina nella pubblicazione periodica di dati relativi alle attività e alle performance delle strutture sanitarie del Paese estremamente utili e interessanti per gli addetti ai lavori. Tuttavia, leggendo le dichiarazioni rilasciate dal direttore Mantoan in merito al personale dipendente del SSN, che nel 2023 risulterebbe aumentato di 40.000 unità uguagliando i numeri del 2003, non possono che sorgere alcune domande: se abbiamo lo stesso numero di professionisti di oltre 20 anni fa, come si spiega la richiesta incessante di medici a gettone, prestazioni aggiuntive e la carenza di decine di migliaia di infermieri, denunciata da tutti gli organi di controllo? Non sarà, forse, che è aumentato il personale non sanitario a discapito di medici e infermieri?». A domandarlo è Guido Quici, presidente della Federazione Cimo-Fesmed, intervenendo sui dati sulla performance manageriale delle aziende sanitarie presentati al Forum Risk Management di Arezzo.

«Purtroppo – aggiunge Quici -, i dati relativi al personale SSN del 2023 non sono ancora stati resi pubblici e, dovendo sempre lavorare con numeri superati da due-tre anni e mai pubblicati in tempo reale, possiamo agilmente confrontare la composizione del personale del SSN del 2022 con quella del 2003: nel 2022 lavoravano 6.181 medici in meno rispetto al 2003. È possibile che siano stati tutti assunti nel 2023? Ce lo auguriamo vivamente. Ma questo non spiegherebbe come mai, come ha dichiarato sempre Mantoan, nel 2023 i livelli di produzione risultassero inferiori al 2019: se continuano a mancare i medici, che sono coloro che assicurano le prestazioni, difficilmente il livello di produzione aumenterà. E, similmente, se i posti letto e gli ambulatori chiusi negli ultimi 10 anni non sono stati ripristinati, difficilmente l'offerta sanitaria potrà aumentare. Anche in questo caso, non appena saranno disponibili i dati aggiornati, sarà nostro compito confrontarli con quelli degli anni passati, ma il grave problema delle liste d'attesa ci fa pensare che l'offerta sanitaria non sia affatto aumentata».

«Sono state poi annunciate due importanti novità, che avranno un impatto notevole sulla rete e l'organizzazione ospedaliera – prosegue il presidente Cimo-Fesmed -: la nuova metodologia per il calcolo del fabbisogno del personale e la revisione del DM 70. Come sindacato ci è stato chiesto un contributo, che abbiamo fornito fattivamente per entrambi i lavori, ma poi non siamo più stati coinvolti. Ci auguriamo, allora, che siano state corrette le storture che avevamo segnalato nell'algoritmo per il calcolo del fabbisogno del personale e che i nuovi standard del DM 70 portino ad un vero rilancio dell'offerta sanitaria, superando quel rapporto involutivo tra strutture, volumi ed esiti che è alla base della riduzione dei servizi per i cittadini».



29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Decreto flussi/ Fnopi e Fnomceo: proroga su personale sanitario straniero delegittima il nostro lavoro

“Il decreto flussi sta delegittimando l’attività degli Ordini professionali come enti sussidiari dello Stato, perché permette di continuare a esercitare le professioni sanitarie senza nessuna regolamentazione. Facciamo appello al presidente Fedriga affinché in Conferenza delle Regioni approvi il prima possibile l’atto d’intesa già predisposto da tempo, che regoli questo percorso e che ponga tutti i

professionisti, italiani e stranieri, sullo stesso livello. Serve subito una soluzione”. Così la presidente della FNOPI, **Barbara Mangiacavalli**, e il presidente della FNOMCeO, **Filippo Anelli**, commentando il “Decreto flussi”, approvato in prima lettura dalla Camera e atteso il 3 dicembre in Aula al Senato, che contiene un’ulteriore proroga all’esercizio temporaneo in Italia di personale straniero, in particolare infermieri, medici e altri professionisti sanitari, fino al 2027, in deroga al riconoscimento delle qualifiche professionali e senza l’iscrizione agli Ordini italiani.

“L’unico vincolo è quello di essere iscritti nell’Ordine del Paese di provenienza – spiegano – ma non c’è nessuna valutazione rispetto all’equivalenza dei titoli, al percorso formativo. Soprattutto, non c’è una previsione di iscrizione, che è ciò che le Federazioni avevano chiesto e che era contemplato nell’atto, in un elenco speciale tenuto dagli Ordini per poter esercitare un controllo deontologico su questi colleghi. Quindi noi troveremo in Italia cittadini assistiti da persone che probabilmente hanno una qualificazione adeguata, ma nessuno potrà mai averne la certezza perché non c’è un sistema di monitoraggio, così come non c’è un controllo deontologico, previsti invece nell’intesa. E questo in un momento in cui, dopo i recenti fatti di cronaca, tutti chiedono, da parte degli Ordini, maggiori garanzie e controlli più stringenti”.

“Sembra quindi fuori luogo – concludono – una disposizione che permetta a dei professionisti sanitari, che hanno nelle loro mani la vita e la salute delle persone, di poter esercitare senza alcun controllo, né preventivo né a posteriori, da parte degli Ordini. Gli Ordini sono posti a garanzia dei diritti dei cittadini e questa è una competenza che non possiamo né vogliamo disconoscere. Il rischio è che si ripeta quanto accaduto per la pubblicità sanitaria, campo in cui il ruolo degli Ordini è stato fortemente ridimensionato a favore della concorrenza, a tutto vantaggio di chi non rispetta le regole ed esponendo a gravi rischi i cittadini. Dobbiamo uscire da queste soluzioni temporanee, non risolutive e poco pensate che, proroga dopo proroga, diventano strutturali. Il tema della carenza del personale sanitario deve essere affrontato in maniera sistemica e connotato con dei requisiti di solidità e di rigore, con regole uguali per tutti i professionisti e identiche garanzie per tutti i cittadini”.



29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO



I professionisti delle cure palliative ricevuti al Quirinale: implementare la Rete e più formazione

Il Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, ha ricevuto al Quirinale una rappresentanza della Società Italiana di Cure Palliative e della Federazione Cure Palliative. Della delegazione hanno fatto parte 40 invitati tra i quali rappresentanti delle Reti di Cp e delle Istituzioni, professionisti esperti afferenti al modo universitario, della ricerca e della bioetica oltre a due specializzande in Medicina e Cure Palliative.



La delegazione, per il tramite di Giorgio Trizzino, capodelegazione, Gianpaolo Fortini, Presidente SICP, e Tania Piccione, Presidente FCP, ha posto al Presidente Mattarella il tema dell'attuazione della Legge n. 38 del 2010 che ha riconosciuto l'accesso alle cure palliative come un diritto di ogni cittadino, conferendo loro un ruolo specifico nei Livelli Essenziali di Assistenza. Nel sottolineare quanto sia stato fatto e si stia facendo per garantire a tutti questo diritto, i delegati hanno messo l'accento su una serie di criticità, presentando al Presidente un manifesto di ciò che resta ancora da compiere e sottolineando l'importanza strategica del Terzo Settore.

Il capodelegazione, Giorgio Trizzino, ha richiamato alla necessità di accreditare in tutte le Regioni le Reti di cure palliative per gli adulti e le Reti di cure palliative e terapia del dolore pediatriche, come previsto dagli Accordi Stato-Regioni del 27 luglio 2020 e del marzo 2021, ponendo anche il tema della formazione universitaria, ancora carente, della ricerca su cui si investe poco, e della necessità di promuovere una cultura che comprenda e valorizzi l'importanza delle cure palliative.

“Le disuguaglianze nell'accesso alle Reti di cure palliative restano una sfida importante che penalizza soprattutto chi risiede in aree rurali o in regioni dove le risorse sanitarie sono meno sviluppate – ha detto -. Anche i minori vengono penalizzati in quanto le Reti di cure palliative pediatriche sono molto carenti. Per questo il nostro appello alle Istituzioni è di investire nell'equità all'accesso alle Reti, garantendo che ogni cittadino, indipendentemente dalla regione in cui vive, dall'età o dalla specificità della sua malattia, possa beneficiare delle cure palliative.” “Le cure palliative non sono solo un diritto – ha aggiunto - ma un dovere etico e sociale.”

Gianpaolo Fortini, Presidente SICP, sottolinea i passi avanti compiuti nello sviluppo delle Reti di cure palliative in Italia, ma evidenzia come gli obiettivi fissati dalla normativa siano ancora lontani. Tra i fattori critici che rallentano il processo figurano le difficoltà regionali nel prendere decisioni tempestive, la carenza di professionisti specializzati e l'insufficiente integrazione delle cure palliative nei percorsi formativi pre-laurea delle professioni sanitarie. Un segnale positivo arriva dalla recente istituzione della Scuola di specializzazione in Medicina e Cure Palliative, un traguardo importante ma la strada per formare un numero sufficiente di specialisti è ancora in salita.

“Investire nelle cure palliative significa promuovere i valori fondanti del nostro Servizio

Sanitario Nazionale - ha detto - universalità, equità, solidarietà. Per questo rinnoviamo l'invito a intensificare gli sforzi per garantire a tutti l'accesso a cure palliative di qualità, puntando su una pianificazione strategica più incisiva, un investimento adeguato e un maggiore coinvolgimento del sistema formativo. Il presidente ha poirdato "le numerose esperienze di eccellenza presenti in ogni parte d'Italia: al Nord, al Centro e al Sud. Queste realtà dimostrano che la costruzione di Reti di cure palliative funzionali e inclusive non solo è possibile, ma rappresenta un obiettivo concreto e realizzabile".

Tania Piccione, Presidente FCP, che rappresenta 110 Enti del Terzo Settore (ETS) e i relativi professionisti e volontari, ha sottolineato il ruolo sempre più centrale del Terzo Settore nell'erogazione delle cure palliative in Italia. I numeri confermano questa centralità: il 66% degli enti che forniscono cure palliative domiciliari e quasi la metà degli hospice del territorio nazionale sono gestiti da strutture private convenzionate con il Servizio Sanitario Nazionale, molte delle quali fanno parte del Terzo Settore.

"La rete del Terzo Settore rappresenta una risorsa essenziale per garantire l'accesso alle cure palliative in modo capillare e integrato con il sistema pubblico" - ha dichiarato.

"Occorre continuare a valorizzare e sostenere questo contributo strategico, rafforzando la collaborazione tra pubblico e privato per rispondere sempre meglio alle esigenze di cura e assistenza delle persone e delle famiglie".

La Presidente ha richiamato l'importanza di valorizzare l'importanza di valorizzare la figura del volontario nelle cure palliative, evidenziando le difficoltà di reclutamento, soprattutto tra i giovani. "È una situazione preoccupante - ha affermato - che riflette una società civile sempre meno orientata alla solidarietà, in un momento storico segnato dalla fragilità dei legami sociali". Un altro tema cruciale riguarda i percorsi di accreditamento, ancora limitati a poche Regioni, aggravati da una scarsa partecipazione degli Enti del Terzo Settore ai tavoli di concertazione con la Pubblica Amministrazione.

"La collaborazione con le Istituzioni è fondamentale - ha concluso Piccione - affinché il Terzo Settore sia riconosciuto come un alleato insostituibile nelle politiche di welfare e tutela della salute. È necessario garantirgli risorse e strumenti adeguati per consentirne il pieno sviluppo e rafforzare il sistema di cure palliative nel nostro Paese".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Previdenza: cambiano i coefficienti, pensioni più leggere dal 1° gennaio

di *Claudio Testuzza*

Mentre in parlamento proseguono gli incontri e le votazioni sulla legge finanziaria per il prossimo anno, si mantiene sempre di attualità il tema delle pensioni. Nel merito si deve registrare, tanto per cambiare, una cattiva notizia: assegni pensionistici più leggeri dal 1° gennaio

2025 secondo quanto ha stabilito il decreto del ministero del Lavoro numero 436 sulla revisione biennale dei coefficienti di trasformazione del montante contributivo.

In soldoni, con l'anno nuovo – è bene specificare che non sono interessati i soggetti già pensionati, nonché coloro che accederanno alla pensione il 1° dicembre 2024 – i coefficienti di trasformazione eroderanno il montante contributivo per chi andrà in pensione. Il taglio si farà sentire, quindi, per chi lascerà il lavoro dal 1° gennaio 2025 grazie al meccanismo che adegua i criteri di calcolo dell'assegno ogni biennio sulla base delle aspettative di vita. L'aggiornamento tiene conto delle variazioni dell'aspettativa di vita della popolazione e influenzano direttamente l'importo della pensione calcolata con il sistema contributivo. Il sistema fu introdotto nel 1996 dalla Legge Dini, legge n. 335/95, con l'obiettivo di rivedere al ribasso il coefficiente di trasformazione, ossia quel parametro utilizzato per tradurre in importo di pensione l'ammontare dei contributi versati. E' questo il settimo aggiornamento da quando la revisione è stata introdotta. Sei negativi, uno positivo. L'unica eccezione è stata, infatti, rappresentata dal biennio attualmente in corso (2023-2024), quando i coefficienti di trasformazione sono stati incrementati per effetto della riduzione delle speranze di vita causata dallo scoppio della pandemia. Così come l'età pensionabile, infatti, anche il coefficiente utilizzato per trasformare i contributi versati in pensione tiene conto delle aspettative di vita. Laddove queste dovessero aumentare sarebbe anche maggiore il periodo in cui si percepisce la pensione e per questo motivo, al fine di garantire sostenibilità al sistema previdenziale, viene riconosciuto, a parità di contributi, un assegno più basso. Viceversa, nel caso in cui le aspettative di vita dovessero scendere, allora i coefficienti di trasformazione sarebbero più convenienti, rendendo maggiormente favorevole l'accesso alla pensione in quello specifico biennio.

Ad aumentare è stata l'aspettativa di vita dopo i 65 anni, aumentata a 10,6 anni rispetto ai 10 anni del 2022. Tutte voci che da sole non sono state sufficienti per registrare un incremento dell'età pensionabile (rimandato al 2027) ma che invece sono bastate ad abbassare i coefficienti di trasformazione rendendo meno conveniente l'accesso alla pensione a partire dal prossimo anno. Ecco perché a chi soddisfa i requisiti per farlo già nel 2024 gli conviene di non rimandare questo momento, beneficiando del vantaggio assicurato dagli attuali coefficienti che garantiscono il miglior risultato possibile nella conversione dei contributi in pensione.

Il calcolo della pensione si rivela essere un argomento di grande importanza per coloro



che si avvicinano all'età pensionabile. Sapere come viene determinato l'importo dell'assegno pensionistico e quali sono i fattori che lo influenzano, infatti, aiuta a pianificare al meglio il proprio futuro economico. I coefficienti di trasformazione sono dei parametri che concorrono al calcolo della pensione con metodo contributivo. In particolare convertono il montante contributivo accumulato dal lavoratore in una rendita pensionistica annua. In base a tale meccanismo di calcolo, infatti, l'importo finale deve essere condizionato da questi coefficienti che vengono applicati alla quota contributiva dell'assegno, rapportati all'età e rivalutati periodicamente a seconda delle aspettative di vita.

I coefficienti di trasformazione differiscono in base all'età anagrafica del lavoratore nel momento in cui consegue il trattamento previdenziale, a partire dall'età di 57 anni fino ad arrivare a 70 anni. Maggiore è l'età di pensionamento, più alto è il coefficiente di trasformazione e di conseguenza l'importo della pensione. Per i trattamenti pensionistici a favore di soggetti con un'età inferiore a 57 anni, come ad esempio i beneficiari di un assegno di invalidità o pensione ai superstiti, si applica il coefficiente di trasformazione stabilito per i soggetti che hanno compiuto 57 anni. Ricordiamo che si utilizzano i coefficienti di trasformazione solamente per il calcolo dei trattamenti pensionistici che rientrano nel sistema contributivo. Sono soggetti a questo meccanismo i lavoratori con contribuzione versata a partire dal 1° gennaio 1996 i quali hanno tutto l'assegno determinato con il sistema di calcolo contributivo; i lavoratori in possesso di contribuzione alla data del 31 dicembre 1995 i quali hanno l'applicazione del sistema contributivo limitata alle sole anzianità maturate successivamente al 1° gennaio 2012 (se in possesso di almeno 18 anni di contributi al 31 dicembre 1995) oppure al 1° gennaio 1996; le donne che esercitano l'opzione donna di cui all'articolo 1, comma 8, legge 23 agosto 2004, n. 243 e, in generale, i lavoratori che optano per la liquidazione della pensione con il calcolo contributivo secondo le regole attualmente vigenti o la cui pensione in forza di istituti di cumulo di periodi assicurativi è calcolata col contributivo. Per effettuare il calcolo del trattamento pensionistico con il sistema contributivo bisogna seguire determinati passaggi. In particolare, occorre innanzitutto individuare la retribuzione annua dei lavoratori dipendenti o i redditi conseguiti dai lavoratori autonomi o parasubordinati. A seguire si devono: calcolare i contributi di ogni anno sulla base dell'aliquota di computo : 33% per i dipendenti e quella vigente, anno per anno, per gli autonomi come da circolare Inps 29 gennaio 2016, n. 15 e per gli iscritti alla Gestione Separata che varia anche a seconda della situazione del contribuente come da circolare Inps 29 gennaio 2016, n. 13; determinare il montante individuale che si ottiene sommando i contributi di ciascun anno opportunamente rivalutati sulla base del tasso annuo di capitalizzazione derivante dalla variazione media quinquennale del PIL (Prodotto Interno Lordo) determinata dall'ISTAT; applicare al montante contributivo il coefficiente di trasformazione, che varia in funzione dell'età del lavoratore, al momento della pensione. Nello stabilire il coefficiente da utilizzare bisogna, tener anche conto delle frazioni di anno rispetto all'età dell'assicurato. In particolare la legge prevede, per complicare ancora di più l'eventuale manovra di calcolo, che il coefficiente di trasformazione deve essere incrementato di tanti dodicesimi della differenza tra il coefficiente previsto per l'età immediatamente superiore a quella dell'assicurato e il coefficiente previsto per l'età inferiore, per quanti sono i mesi interi trascorsi tra la data di compimento dell'età e la decorrenza della pensione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dir. Resp.: Luciano Fontana

La ministra**Roccella:
utero in affitto
nuova forma
di patriarcato**

Il ministro per la Famiglia Eugenia Roccella a margine dell'incontro «Famiglia è patria» a Palermo torna a criticare la maternità surrogata: «Oggi le nuove forme di patriarcato sono



pratiche come l'utero in affitto, legale in alcuni Paesi ma non in

Italia. È una pratica che offende la dignità femminile e riduce le donne a produttrici di qualcosa che non è più una maternità».



LA CEI Il messaggio dei vescovi per la Giornata del 2 febbraio nel solco del Giubileo

«Un'alleanza per la vita Davvero l'aborto è libertà?»

È urgente «rianimare la speranza» promuovendo la cultura della vita e la scelta della trasmissione della vita, senza la quale «nessuna forma di organizzazione sociale o comunitaria può avere un domani». Per questo la Chiesa deve farsi promotrice di «un'alleanza sociale che promuova la cultura della vita, mediante la proposta del valore della maternità e della paternità», che favorisca «l'impegno legislativo degli

Stati per rimuovere le cause della denatalità con politiche familiari efficaci e stabili nel tempo». È quanto scrive il Consiglio episcopale permanente della Conferenza Episcopale Italiana nel Messaggio per la 47.ma Giornata nazionale per la vita, che verrà celebrata il 2 febbraio 2025, sul tema «Trasmettere la vita, speranza per il mondo». Spazio anche al tema dell'aborto, «scelta libera o costrizione?», ci si chiede.

Sartea a pagina 4

«L'aborto, scelta di libertà o costrizione? Urgente coltivare una cultura della vita»

Pubblichiamo il messaggio del Consiglio episcopale permanente della Cei per la 47ª Giornata nazionale per la vita, che la Chiesa italiana celebrerà il 2 febbraio 2025. Il titolo del messaggio è «Trasmettere la vita, speranza per il mondo. Tu sei indulgente con tutte le cose, perché sono tue, Signore, amante della vita. (Sap 11, 26)». Di seguito il messaggio.

*Trasmettere la vita, speranza per il mondo
Tu sei indulgente con tutte le cose, perché sono tue, Signore, amante della vita. (Sap 11, 26)*

Celebriamo la 47ª Giornata nazionale per la Vita nel contesto del Giubileo: tale coincidenza ci sollecita ad assumere l'orizzonte della speranza, poiché è nel segno della speranza che la Bolla di indizione *Spes non confundit* (SnC) invita tutta la Chiesa a vivere l'anno di gra-

zia del Signore.

1. Perché credere nel domani?

Come nutrire speranza dinanzi ai tanti bambini che perdono la vita nei teatri di guerra, a quelli che muoiono nei tragitti delle migrazioni per mare o per terra, a quanti sono vittime delle malattie o della fame nei Paesi più poveri della terra, a quelli cui è impedito di nascere? Questa grande «strage degli innocenti», che non può trovare alcuna giustificazione razionale o etica, non solo lascia uno strascico infinito di dolore e di odio, ma induce molti - soprattutto i giovani - a guardare al futuro con preoccupazione, fino a pensare che non valga la pena impegnarsi per rendere il mondo migliore e sia meglio evitare di mettere al mondo dei figli.

2. Si può fare a meno della speranza?

Gli esiti di tali atteggiamenti, umanamente comprensibili, pongono numerosi interrogativi.

Quale futuro c'è per una società in cui nascono sempre meno bambini? La scelta di evitare i problemi e i sacrifici che si accompagnano alla generazione e all'educazione dei figli, come la fatica a dare sufficiente consistenza agli investimenti di risorse pubbliche per la natalità, renderanno davvero migliore la vita di oggi e di domani?

Il riconoscimento del «diritto all'aborto» è davvero indice di civiltà ed espressione di libertà? Quando una donna interrompe la gravidanza per problemi economici o sociali (le statistiche dicono che sono le lavora-



trici, le single e le immigrate a fare maggior ricorso all'IVG) esprime una scelta veramente libera, o non è piuttosto costretta a una decisione drammatica da circostanze che sarebbe giusto e "civile" rimuovere?

Quale futuro c'è per un mondo dove si preferisce percorrere la

strada di un imponente riarmo piuttosto che concentrare gli sforzi nel dialogo e nella rimozione delle ingiustizie e delle cause di conflitto? La logica del "se vuoi la pace prepara la guerra" riuscirà a produrre equilibri stabili e armonia tra i popoli e tra gli stati, oppure, come spesso è accaduto in passato, le armi accumulate - al servizio di interessi economici e volontà di potenza - finiranno per essere usate e produrre morte e distruzione?

Abbandonare uno sguardo di speranza, capace di sostenere la difesa della vita e la tutela dei deboli, cedendo a logiche ispirate all'utilità immediata, alla difesa di interessi di parte o

all'imposizione della legge del più forte, conduce inevitabilmente a uno scenario di morte.

3. La trasmissione della vita, segno di speranza

La speranza si manifesta in scelte che esprimono fiducia nel futuro; ciò vale non solo per le nuove generazioni: "Guardare al futuro con speranza equivale ad avere una visione della vita carica di entusiasmo da trasmettere" (SnC 9). Una particolare espressione di fiducia nel futuro è la trasmissione della vita, senza la quale nessuna forma di organizzazione socia-

le o comunitaria può avere un domani.

In quanto credenti, riconosciamo che "l'apertura alla vita con una maternità e paternità responsabile è il progetto che il Creatore ha inscritto nel cuore e nel corpo degli uomini e delle donne, una missione che il Signore affida agli sposi e al loro amore" (*ibid.*) Tutti condividiamo la gioia serena che i bambini infondono nel cuore e il senso di ottimismo dinanzi all'energia delle nuove generazioni.

Ogni nuova vita è "speranza fatta carne". Per questo siamo vivamente riconoscenti alle tante famiglie che accolgono volentieri il dono della vita e incoraggiamo le giovani coppie a non aver timore di mettere al mondo dei figli.

È urgente "rianimare la speranza" in questo particolare campo dell'esistenza umana, tanto decisivo per l'avvenire: "il desiderio dei giovani di generare nuovi figli e figlie, come frutto della fecondità del loro amore, dà futuro a ogni società ed è questione di speranza: dipende dalla speranza e genera speranza" (SnC 9).

4. Pochi figli, troppi "pets"

Nel nostro Paese, come in molti altri dell'occidente e del mondo, si registra da anni un costante calo delle nascite, che preoccupa per le ricadute sociali ed economiche a lungo termine; alcune indagini registrano anche un vistoso calo del desiderio di paternità e maternità nelle giovani generazioni, propense a immaginare il proprio futuro di coppia prescindere dalla procreazione di figli. Altri studi rilevano un preoccupante processo di "sostituzione": l'aumento esponenziale degli animali domestici, che richiedono impegno e risorse economiche, e a volte vengono vissuti come un surrogato affettivo che appare assai riduttivo rispetto al valore incomparabile della relazione con i bambini.

Tutto ciò è in primo luogo il risultato di una profonda mancanza di fiducia, che invece costituisce l'ingrediente fondamentale per lo sviluppo della persona e della comunità; esso viene pregiudicato dall'angoscia per il futuro e dalla diffidenza verso le persone e le istituzioni. La "perdita del desiderio di trasmettere la vita" ha anche altre cause: "ritmi di vita frenetici, timori riguardo al futuro, mancanza di garanzie lavorative e tutele sociali adeguate, modelli sociali in cui a dettare l'agenda è la ricerca del profitto anziché la cura delle relazioni" (*ibid.*).

5. La rinuncia ad accogliere la vita

Dobbiamo poi constatare come alcune interpretazioni della leg-

ge 194/78, che si poneva l'obiettivo di eliminare la pratica clandestina dell'aborto, nel tempo abbiano generato nella coscienza di molti la scarsa o nulla percezione della sua gravità, tanto da farlo passare per un "diritto", mentre "la difesa della vita nascente è intimamente legata alla difesa di qualsiasi diritto umano. Suppone la convinzione che un essere umano è sempre sacro e inviolabile, in qualunque situazione e in ogni fase del suo sviluppo" (*Dignitas infinita* 47). Per di più, restano largamente inapplicate quelle disposizioni (cf. art. 2 e 5) tese a favorire una scelta consapevole da parte del-

la gestante e a offrire alternative all'aborto. Occorre pertanto ringraziare e incoraggiare quanti si adoperano "per rimuovere le cause che porterebbero all'interruzione volontaria di gravidanza [...] offrendo gli aiuti necessari sia durante la gravidanza che dopo il parto" (L. 194/78, art. 5), come i Centri di Aiuto alla Vita, che in 50 anni di attività in Italia hanno aiutato a far nascere oltre 280.000 bambini.

6. Genitori nonostante tutto

Va infine considerato un altro fenomeno sempre più frequente, quello del desiderio di diventare genitori a qualsiasi costo, che interessa coppie o single, cui le tecniche di riproduzione assistita offrono la possibilità di

superare qualsiasi limitazione biologica, per ottenere comunque un figlio, al di là di ogni valutazione morale.

Osserviamo innanzitutto che il desiderio di trasmettere la vita rimane misteriosamente presente nel cuore degli uomini e delle donne di oggi. Le persone che avvertono la mancanza di figli vanno accompagnate a una generatività e a una genitorialità-



tà non limitate alla procreazione, ma capaci di esprimersi nel prendersi cura degli altri e nell'accogliere soprattutto i piccoli che vengono rifiutati, sono

orfani o migranti "non accompagnati".

Questo ambito richiede una più puntuale regolamentazione giuridica, sia per semplificare le procedure di affidamento e adozione che per impedire forme di mercificazione della vita e di sfruttamento delle donne come "contenitori" di figli altrui.

7. L'impegno di tutti per la vita

L'impegno per la vita interpella innanzitutto la comunità cristiana, chiamata a fare di più per la diffusione di una cultura della vita e per sostenere le donne alle prese con gravidanze difficili da portare avanti.

La Chiesa deve anche promuovere "un'alleanza sociale per la speranza, che [...] lavori per un avvenire segnato dal sorriso di tanti bambini e bambine che vengano a riempire le ormai troppe culle vuote in molte parti del mondo" (SnC 5). Un'alleanza sociale che promuova la cultura della vita, mediante la proposta del valore della mater-

nità e della paternità, della dignità inalienabile di ogni essere umano e della responsabilità di contribuire al futuro del Paese mediante la generazione e l'educazione di figli; che favorisca l'impegno legislativo degli stati per rimuovere le cause della denatalità con politiche familiari efficaci e stabili nel tempo; che impegni ogni persona di buona volontà ad agire per favorire le nuove nascite e custodirle come bene prezioso per tutti, non solo per i loro genitori. Tale alleanza può e deve essere inclusiva e non ideologica, mettendo insieme tutte le persone e le realtà sinceramente interessate al futuro del Paese e al bene dei giovani: se la questione della natalità dovesse diventare la bandiera di qualcuno contro qualcun altro, la sua portata ne risulterebbe svilita e le scelte relative sarebbero inevitabilmente instabili, soggette a cambi di maggioranza o agli umori dell'opinione pubblica.

8. L'aiuto di Dio, "amante della vita"

La Scrittura ci presenta un Dio che ama la vita: la desidera e la diffonde con gioia in molteplici e sorprendenti forme nell'universo da lui creato e sostenuto

nell'esistenza; ama in modo particolare gli esseri umani, chiamati a condividere la dignità filiale e ad essere partecipi della stessa vita divina. Confidiamo pertanto nella grazia particolare di questo anno giubilare, che porta il dono divino di "nuovi inizi": quelli che il perdono offre a chi è prigioniero del suo peccato; quelli che la giustizia porta a chi è schiacciato dall'iniquità; quelli che la speranza regala a chi è bloccato dalla disillusione e dal cinismo.

Consiglio episcopale permanente della Conferenza episcopale italiana



Guerre, fame, aborto: una «grande strage degli innocenti» che «induce molti a guardare al futuro con preoccupazione. Fino a evitare di mettere al mondo figli»

«Proporre il valore della maternità e paternità, la dignità inalienabile d'ogni persona, la responsabilità di contribuire al futuro tramite la generazione e educazione dei figli»

IL TEMA

«Trasmettere la vita, speranza per il mondo» è il titolo del messaggio per la 47ª Giornata nazionale per la vita che verrà celebrata il 2 febbraio 2025, nel contesto del Giubileo



Italiani più longevi ma vivono peggio

La prevenzione è ancora sottovalutata e l'accesso al Sistema sanitario nazionale resta difficoltoso. In 4,5 milioni rinunciano alle visite

Sibilla Di Palma

La novità era attesa da tempo e finalmente dal prossimo 30 dicembre gli italiani potranno cominciare a beneficiare di nuove cure a carico del Servizio sanitario nazionale. Con l'entrata in vigore del decreto Tariffe sarà infatti possibile usufruire in regime pubblico di un ampio ventaglio di prestazioni. Tra le altre, si spazia dalla procreazione medicalmente assistita alle visite ed esami per oltre un centinaio di patologie inserite nell'elenco delle malattie rare, per l'endometriosi e per tenere sotto controllo disturbi alimentari come bulimia e anoressia, dalla diagnosi molecolare a quella per la celiachia, fino alla possibilità di

usufruire dell'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia innovativa per la cura di tumori inoperabili o resistenti ai trattamenti tradizionali.

Si tratta di una buona notizia per la nostra sanità pubblica, in un momento che resta complicato, tra calo dei fondi disponibili, progressivo invecchiamento della popolazione, carenza di personale e lunghe liste d'attesa. Tutti fattori che rendono per gli italiani sempre più difficile curarsi con il Sistema sanitario nazionale. Tanto che, secondo un recente rapporto della Fondazione Gimbe, sono 4,5 milioni quelli che lo scorso anno hanno dovuto rinunciare a visite specialistiche o esami diagnosti-

ci pur avendone bisogno.

In questo contesto cresce il numero di persone costrette a pagare di tasca propria le prestazioni sanitarie e non a caso la spesa out-of-pocket, quella pagata direttamente dai cittadini, lo scorso anno è cresciuta del 10,3% rispetto al 2022, raggiungendo quota 40,6 miliardi di euro.

La crisi è frutto della stretta ai finanziamenti al Ssn attuata negli ultimi 15 anni. E non migliorerà: la spesa sanitaria sul Pil per il 2024 e per il 2025 si attesterà al 6,3% (per poi ridursi ulteriormente al 6,2% nel 2026-2027), meno di vent'anni fa, e ben al di sotto sia della media Ocse (6,9%), sia della media Ue (6,8%). A contribuire in negativo è anche il fatto che gli italiani vivono sempre più a lungo (la speranza di vita è cresciuta da 80 anni nel 2002 a 83,1 nel 2023), ma non sempre in buona salute. L'ultimo rapporto annuale Meridiano Sanità, realizzato da The European House - Ambrosetti, spiega che gli anni vissuti in cattiva salute sono aumentati, passando da quasi undici anni nel 2004 a quasi 16 nel 2023, a causa di una elevata prevalenza di patologie causate da una molteplicità di fattori di rischio, tra i quali spiccano la sedentarietà, l'obesità e il fumo.

Secondo il rapporto "Health at a Glance: Europe 2024" dell'Ocse, la popolazione italiana ha uno dei tassi più bassi di attività fisica tra i

Paesi dell'Ue. Solo il 19% degli adulti dichiara di soddisfare il livello minimo raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) di almeno 150 minuti a settimana di attività fisica. Questo dato è allarmante se confrontato con la media Ue del 32%.

Una survey realizzata da Meridiano Sanità con Swg si sofferma sul tema della prevenzione, ancora troppo trascurata dagli italiani: solo il 23% sostiene di impegnarsi regolarmente per uno stile di vita sano e di sottoporsi a controlli medici periodici. Tra le ragioni figurano le barriere economiche tra i senior e il senso di benessere percepito e di mancanza di tempo, soprattutto tra i giovani. Tutti fattori che, con il timore di fare scoperte negative, contribuiscono a ridurre la frequenza dei controlli.

Guardando agli screening, il 30% dei cittadini di età compresa tra 50 e 70 anni ha dichiarato di non aver mai eseguito lo screening del colon-retto; preoccupante anche che circa il 40% dei cittadini non esegua gli screening on-



cologici da più di un anno. Non aiuta che la spesa per la prevenzione delle malattie sia stata progressivamente ridotta negli ultimi anni: secondo il rapporto della Fondazione Gimbe nel 2023 quest'ultima ha visto un calo del 18,6% rispetto al 2022. Una scelta che «avrà un costo altissimo in termini di salute negli anni a venire»

Occorre mettere in pratica una strategia mirata - si legge nel rapporto che vada ad agire sui fattori di rischio, sulle vaccinazioni e sugli screening, permettendo così di migliorare la salute dei cittadini, ma anche di contribuire alla sostenibilità del Ssn, con costi evitati

pari a circa 544 miliardi di euro in dieci anni.

Un aiuto per migliorare la situazione del sistema sanitario nazionale è atteso anche dagli investimenti (16,29 miliardi di euro) previsti nell'ambito della Missione Salute del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr). Tra gli obiettivi, potenziare la capacità del Ssn in risposta alle tendenze demografiche e epidemiologiche; modernizzare l'infrastruttura strutturale e tecnologica per migliorare l'efficienza e la qualità dell'assistenza sanitaria; sviluppare le competenze tecniche e professionali del per-

sonale sanitario; aumentare i servizi di assistenza domiciliare e di telemedicina; riorganizzare la rete dell'assistenza territoriale; promuovere la ricerca.



FOCUS

SEMPRE PIÙ ALTO IL CONSUMO DI ANTIBIOTICI

In Italia si consumano sempre più antibiotici, anche tra i bambini. A dirlo è un rapporto pubblicato dall'Agenzia Italiana del Farmaco (Aifa), secondo cui lo scorso anno l'uso di questi farmaci, essenziali per combattere le infezioni batteriche, ha raggiunto livelli preoccupanti, con un incremento del 6,4% rispetto al 2022.

Specie in un contesto in cui cresce il problema legato all'antibiotico resistenza, fenomeno estremamente sentito nel nostro Paese dove le infezioni da batteri resistenti causano ogni anno oltre 12 mila decessi (dato che ci rende maglia nera in Europa).

Il consumo di antibiotici è stato più elevato al Sud, dove il 44,8% della popolazione ne ha assunto almeno uno in corso d'anno (contro il 30,9% del Nord e il 39,9% del Centro).



L'OPINIONE

Serve attuare una strategia che vada ad agire sui fattori di rischio, sulle vaccinazioni e sugli screening per migliorare la salute dei cittadini



Le parole del futuro

Marco Leonetti, ricercatore del Consiglio Nazionale delle Ricerche ed esperto di nanotecnologia, cura un progetto di fotocamere ad altissima risoluzione: «Possiamo scovare malattie neurodegenerative con venti anni di anticipo»

«La super-camera trova l'Alzheimer attraverso l'occhio»

Marco Leonetti, 43 anni, ricercatore senior presso il Consiglio Nazionale delle Ricerche e affiliato al Center for Life Nano & Neuro Science dell'Istituto Italiano di Tecnologia di Roma. Ha conseguito un dottorato in Scienza dei Materiali e ha lavorato come ricercatore post-dottorato presso il Centro per la Scienza dei Materiali di Madrid in Spagna dal 2009 al 2012. Con un portfolio che comprende oltre 50 pubblicazioni, brevetti e altri contributi accademici, la sua ricerca si concentra su fotonica, ottica, microscopia, calcolo ottico. I suoi progetti hanno ricevuto finanziamenti per oltre 1 milione di euro, supportando la ricerca in bio-imaging, microscopia e tecniche di super-risoluzione.

Un sistema di fotocamere dalla super risoluzione e un software intelligente riescono a fissare i movimenti rapidissimi ed involontari dell'occhio umano per scovare i primi segnali di malattie neurodegenerative, come l'Alzheimer, invisibili a qualsiasi microscopio. E con 20 anni di anticipo. L'innovazione, potenzialmente rivoluzionaria, proviene dagli sforzi di una decina di ricercatori sotto la guida dell'Istituto di nanotecnologia del Cnr di Lecce, dal Center for Life Nano- & Neuro-Science dell'IIT di Roma, in collaborazione con l'azienda

D-Tails, che hanno sviluppato una tecnica di super-risoluzione senza scansione, chiamata Stochastically Structured Illumination Microscopy. Ne abbiamo parlato con Marco Leonetti, ricercatore del Cnr-Nanotec.

Come nasce il progetto?

«Nasce da un trend mondiale, che riguarda lo studio delle malattie neurodegenerative a partire dalle immagini e dalle proprietà della retina, che è una finestra aperta sul sistema nervoso centrale, in genere difficilmente accessibile. Per esempio l'Alzheimer viene diagnosticato, oltre che tramite esami comportamentali, con la risonanza magnetica, oppure con l'esame cerebrospinale, molto invasivo. L'obiettivo è bypassare queste tecniche, usando una non invasiva, che restituisce un'immagine super definita della retina, per prevenire le malattie neurodegenerative attraverso uno screening retinico a basso costo e accessibile a tanti pazienti con un anticipo di 10/20 anni dalla manifestazione conclamata della malattia».

E com'è possibile captare i segnali di una patologia con due decenni di anticipo?

«Al momento si tratta di studi fatti sui topi e non ancora sull'uomo, ma la comunità scientifica internazionale è concorde nel ritenere che ciò che succede nella retina preceda di molti anni quello che succederà a livello cerebrale, con malattie come Alzheimer

o Parkinson».

Tutto questo tramite un esame di routine come l'esame del fondo oculare?

«Esattamente, questo esame si può fare dall'oculista o addirittura dall'ottico quando si preparano gli occhiali, quindi in un ambiente non clinico. Si invia un flash sulla retina e una telecamera raccoglie la luce, ma questo esame serve per vedere gli effetti macroscopici di almeno 1 millimetro di patologie sulla retina, come il diabete o la degenerazione maculare. Invece, per lo studio con grande anticipo di malattie neurodegenerative, bisogna vedere l'accumulo di cluster proteici, oggetti estremamente piccoli nell'ordine di pochi micron, al di sotto della risoluzione degli strumenti standard».

Come funziona il vostro sistema?

«Una qualsiasi fotocamera, anche quella dello smartphone, raccoglie i raggi di luce che arrivano al sensore e li ordina per formare un'immagine che noi vediamo,



ma nel caso della retina, non possiamo avvicinarci perché prima c'è l'occhio e non possiamo fare un esame invasivo, allora usiamo il sistema cristallino, cioè la lente dell'occhio che ci viene messa a disposizione dall'evoluzione, come se fosse un microscopio al contrario; mentre la lente è sviluppata per creare un'immagine degli oggetti lontani sulla nostra retina, il cristallino serve per scattare un'immagine della retina».

Però l'occhio si muove in modo involontario, come riuscite a non sfocare queste immagini così piccole?

«Esattamente, qui interviene il nostro algoritmo. Una telecamera registra l'immagine della retina e ne usiamo un'altra mentre l'occhio si muove, che misura ad altissima velocità tutti gli spostamenti dell'occhio e con grande precisione. Ad ogni istante, abbiamo l'immagine della retina ed ogni spostamento, dopodiché il nostro software intelligente corregge l'effetto sfocatura, riallineando tutto ed elaborando un'immagine uni-

ca, ma a risoluzione molto più alta».

E quali dimensioni riuscite a fotografare?

«Riusciamo a raccogliere i cluster proteici, che poi servono per gli studi, grandi tra i 2 e 5 micron, che si avvicinano alla grandezza dei cluster misurano 200 nanometri, circa 0,2 micron, quindi ancora più piccoli di quelli che catturiamo, ma è comunque un vantaggio enorme rispetto alla tecnologia attuale».

Quindi se riuscite ad usare questa tecnologia pionieristica su molti pazienti, si potrebbe delineare un nuovo percorso diagnostico di queste patologie?

«L'idea è quella di poter eseguire l'analisi su un grande numero di pazienti e seguirli nel tempo, per avere un biomarker della malattia neurodegenerativa. Ad oggi sappiamo che le persone con una

patologia diagnosticata hanno questi cluster proteici, ma la nostra tecnica non è stata ancora testata sugli umani. Evidente è che sapere se una persona svilupperà i sintomi dell'Alzheimer tra 20 anni e poterlo fare su un numero alto di pazienti, visto che è un esame non invasivo e a basso costo, può fare veramente la differenza».

Che livello di correlazione c'è tra immagine della retina e la malattia?

«Fino ad ora gli esperimenti sono

stati condotti su un occhio phantom, cioè un simulacro, che permette di replicare l'occhio umano senza coinvolgere i pazienti, perché il sistema regolatorio di approvazione impiega circa 5 anni. Si tratta di un sistema oculare realizzato in plastica, con le stesse esatte proprietà dell'occhio umano, dove cristallino e cornea hanno stessa apertura e focale, ma al posto della retina abbiamo usato delle cellule provenienti da pazienti Alzheimer, quindi sia dal punto di vista ottico che biologico le proprietà sono le stesse, mentre un sistema di attuatori meccanici replica il movimento oculare involontario. Usando la nostra tecnologia, anche se semplificata e senza l'uso del laser perché non ancora regolamentato, quindi ad una risoluzione più bassa di quello che potremmo ottenere, abbiamo raggiunto una percentuale di correlazione del 90% su malati conclamati, mentre oggi tramite una serie di analisi più invasive si arriva al 95%, quindi siamo molto vicini».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I NUMERI

10

I millimetri che misura complessivamente la retina umana

0,2

I micron della grandezza dei cluster proteici che individuerebbero le malattie

9

I ricercatori ed esperti che hanno lavorato al progetto

5

Gli anni della durata del progetto che si è concluso nel 2024

90%

la percentuale di correlazione tra malattie e cluster proteici nella retina

«CON UN SOFTWARE INTELLIGENTE RIUSCIAMO A FISSARE I MOVIMENTI RAPIDI E INVOLONTARI DELLA RETINA INVISIBILI A QUALSIASI MICROSCOPIO»

«FUNZIONA COME L'ESAME DEL FONDO OCULARE: I SENSORI VEDONO L'ACCUMULO DI CLUSTER PROTEICI CHE MISURANO SOLO POCHI MICRON»



LA PREVENZIONE FA SEMPRE BENE

Il nostro cuore è come l'auto Ha bisogno del "tagliando"

Un ecg di base, uno da sforzo e una eco per valutare l'attività elettrica e la funzione cardiaca sono l'abc per prevenire problemi dell'organo che ci tiene in vita. Dai 35 anni per lui, 45 per lei

PROF. FRANCESCO FEDELE*

■ Prevenire è meglio che curare. È quello che si sente affermare dalla comunità medica e da chi si occupa di sanità pubblica. Quando si parla di prevenzione solitamente si distingue tra prevenzione primaria e secondaria. La primaria è la forma classica e principale di prevenzione, focalizzata sull'adozione di interventi e comportamenti in grado di evitare o ridurre l'insorgenza e lo sviluppo di una malattia o di un evento sfavorevole. La prevenzione secondaria include misure che vanno dalla diagnosi precoce dei processi patologici fino al controllo della progressione di un evento già accaduto. Sempre in tema di prevenzione dobbiamo distinguere le azioni rivolte alla popolazione da quelle individuali. Tra gli strumenti di prevenzione a livello di popolazione dobbiamo ricordare gli screening, vale a dire gli esami condotti a tappeto su una fascia più o meno ampia di popolazione allo scopo di individuare una malattia o i suoi precursori (cioè quelle anomalie da cui la malattia si sviluppa) prima che si manifesti attraverso sinto-

mi o segni.

Numerosi sono gli screening ben codificati e utilizzati in campo di patologie tumorali e, più recentemente, nell'età pediatrica per la ciliachia e per il diabete infantile (diabete di tipo 1). In ambito cardiovascolare purtroppo questo manca. Sicuramente potrebbe essere estremamente utile uno screening con elettrocardiogramma in tutta la popolazione giovanile (dopo la pubertà, a partire dai 14 anni) indipendentemente dalla necessità di certificazione per attività sportiva agonistica e non agonistica, per poter intercettare quelle anomalie elettriche del cuore che possono portare a fibrillazione ventricolare, arresto cardiaco e morte cardiaca improvvisa.

Sempre in tema di screening, recentemente si vede propagandare la TC coronarica da eseguire nella popolazione adulta, soprattutto maschile, per rilevare la patologia coronarica. Chi scrive è contrario a questo approccio perché la metodica impiegata a tappeto può portare a molti falsi positivi, alla non precisa quantizzazione delle lesioni coronariche e ad un ricorso improprio all'esame invasivo co-

ronarografico.

Più corretta sembra una preliminare valutazione dei fattori di rischio non modificabili (età, sesso, familiarità) e modificabili (ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa, diabete, obesità, sedentarietà, fumo, alcol, droghe) e una particolare attenzione alla sintomatologia (dolore toracico, affanno, palpitazioni). Facendo riferimento al sintomo dolore toracico e a quella che è la patologia cardiovascolare più frequente, vale a dire la patologia dei vasi coronarici responsabile dell'infarto e delle sue conseguenze, laddove il profilo di rischio è basso possiamo prevedere di utilizzare la tac coronarica per avere la certezza della normalità dei vasi coronarici; laddove il profilo di rischio è intermedio utili sono le tecniche di imaging (particolarmente ecografia e risonanza) durante stress fisico (cicloergometro o tappeto trasportatore) o farmacologico per mettere in evidenza o escludere la presenza di sofferenza miocardica (ischemia) legata alla patologia coronarica; infine, laddove il profilo di rischio è alto o molto alto c'è indicazione diretta allo studio in-



vasivo delle coronarie attraverso coronarografia.

Comunque, per tutti il "minimo sindacale" a partire dai 35-40 anni per gli uomini e dai 45-50 anni per le donne è rappresentato da un ecg (ecocardiogramma) di base, un ecg da sforzo ed un ecocardiogramma per la valutazione dell'attività elettrica cardiaca, della struttura e funzione delle camere cardiache e delle valvole.

Infine, vorrei condividere con i lettori una regola generale per la prevenzione car-

diovascolare: paragonando il cuore al motore delle auto, ritengo fondamentale eseguire "tagliandi" periodici (la cui frequenza e cadenza verrà individuata e personalizzata dal cardiologo), ponendo estrema attenzione alle "spie" che si accendono sul cruscotto del nostro organismo (dolore toracico, affanno, palpitazioni) in maniera da provvedere tempestivamente ad interventi di "manutenzione straordinaria" che permettono non solo di aumentare gli anni ma anche la qua-

lità della nostra vita.

***Responsabile
riabilitazione
cardiorespiratoria
San Raffaele
Montecompati**



Aumenta il numero dei defibrillatori presenti negli spazi pubblici delle città per un soccorso tempestivo in caso di attacco cardiaco. Si calcola, infatti, che in Italia ogni sette ore una persona muore per arresto cardiaco. Per questo è fondamentale la presenza dello strumento, soprattutto nei luoghi affollati.



Come proteggersi dalle polmoniti atipiche

Da qualche tempo è segnalato un aumento delle infezioni polmonari non provocate dai classici batteri. Danno sintomi e segni diversi e vanno curate in modo differente

di **Antonella Sparvoli**

Negli ultimi mesi c'è stata un'impena di casi di polmonite atipica causati dal microrganismo *Mycoplasma pneumoniae*, soprattutto nei bambini tra i 2 e i 4 anni di età.

La segnalazione viene dai Centers for Disease Control and Prevention americani, ma sembra che anche in Italia ci sia stato un aumento insolito degli episodi. «È stato segnalato un incremento dei casi in età pediatrica, in particolare nell'area di Firenze, ma non esiste una rete organica nazionale di sorveglianza delle infezioni polmonari per cui i dati sono frammentari — commenta Marco Confalonieri, direttore del Dipartimento di Scienze mediche, chirurgiche e della salute dell'Università di Trieste, Struttura complessa di Pneumologia dell'Ospedale di Cattinara —. Da quest'estate

nel nostro reparto abbiamo notato più casi rispetto al solito anche negli adulti, con picchi di 5-6 pazienti ricoverati allo stesso tempo».

«Il *Mycoplasma pneumoniae* causa epidemie periodiche, soprattutto nel bambino in età scolare e negli adolescenti, e si verifica più spesso durante l'estate e all'inizio dell'autunno — aggiunge Susanna Esposito, direttrice della Clinica pediatrica e ordinaria di pediatria presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma —. In questo periodo è una frequente causa di ricovero per infezioni delle vie respiratorie, in particolare per polmonite, nei bambini a partire dai due anni di età, nei quali però lo pneumococco (*Streptococcus pneumoniae*) resta il principale agente responsabile. Il problema è che il *Mycoplasma pneumoniae* si comporta spesso in maniera subdola e può quindi essere difficile differenziarlo da altri agenti infettivi».

continua alla pagina seguente





ILLUSTRAZIONE DI ALBERTO RUGGIERI

Come si riconoscono le polmoniti interstiziali

Non sono causate dai comuni batteri, possono presentarsi in modo insidioso e richiedono una gestione specifica

di **Antonella Sparvoli**

SEGUE DALLA PAGINA PRECEDENTE

L Mycoplasma pneumoniae è un microrganismo sprovvisto di parete cellulare che tende a introdursi nelle cellule

della persona infettata un po' come fanno i virus, e per questo può risultare particolarmente contagioso. In genere causa infezioni banali delle alte vie respiratorie che, pro-



prio per questo possono essere trascurate perché all'inizio i sintomi sono lievi.

«Tuttavia di fronte a un paziente con tosse persistente e febbre che inizia ad avere difficoltà respiratorie bisogna pensarci perché il Mycoplasma può dare polmoniti gravi con insufficienza respiratoria acuta e necessità di ricovero con somministrazione di ossigeno» osserva Confalonieri.

Sintomi

In generale le polmoniti si possono presentare con quadri molto diversi. I sintomi più caratteristici sono febbre, la tosse stizzosa o produttiva (grassa), malessere e soprattutto la mancanza di fiato. È proprio questa che spesso induce al sospetto. Le polmoniti causate da germi atipici, come il Mycoplasma pneumoniae, hanno in genere esordio graduale e sono spesso accompagnate da sintomi non polmonari come mal di testa, dolori muscolari e nausea.

«Nel bambino è importante non sottovalutare una tosse persistente che, oltretutto, favorisce il diffondersi dell'infezione» sottolinea Esposito.

Diagnosi

Una diagnosi corretta e rapida è il primo passo per una cura appropriata, tanto più se si considera che la polmonite da Mycoplasma va trattata con antibiotici specifici. «Nei ricoverati si possono eseguire indagini di biologia molecolare su tampone faringeo che analizzano diversi virus e bat-

teri, tra cui il Mycoplasma pneumoniae — spiega Esposito —. Nei pazienti ambulatoriali di solito la diagnosi si basa su segni e sintomi e sull'età del bambino. I comuni esami culturali non evidenziano il Mycoplasma pneumoniae, perché è un organismo intracellulare». Non solo, mentre nelle polmoniti batteriche, ascoltando i polmoni con lo stetoscopio, il medico sente rumori che segnalano liquidi anomali negli alveoli polmonari, nelle polmoniti atipiche questi si sentono meno. «Anche l'aspetto radiologico può essere più sfumato e assomigliare alle polmoniti interstiziali causate da virus più che alla classica polmonite lobare da pneumococco» puntualizza Confalonieri. Queste differenze sono legate al fatto che le polmoniti batteriche comportano la formazione di un essudato che si accumula all'interno degli alveoli, mentre le polmoniti atipiche, che possono essere causate da virus o da germi atipici come appunto Mycoplasma e Chlamydia pneumoniae, interessano gli interstizi polmonari, lo spazio tra gli alveoli.

Trattamento mirato

Sia le polmoniti da Mycoplasma sia quelle da batteri tipici richiedono una terapia antibiotica, ma vanno usati antibiotici diversi, motivo per cui è importante risalire al germe responsabile, per lo meno nei pazienti ricoverati. «Gli antibiotici di prima scelta per le polmoniti da Mycoplasma ap-

partengono alla famiglia dei macrolidi. Invece, le polmoniti da pneumococco devono essere trattate con antibiotici beta-lattamici. Talora, quando non si ha la possibilità di identificare l'agente infettivo, si può valutare una terapia combinata con le due classi di antibiotici, ma occorre sempre cautela» ammonisce Esposito. Per una completa ripresa, dopo la terapia è importante una corretta convalescenza per permettere al polmone di terminare il suo processo di guarigione. Si consiglia di bere molto, riposarsi a casa, evitare stress e sbalzi di temperatura.

La Legionella

Tra le forme di polmonite in cui ci si può imbattere c'è anche quella da Legionella pneumophila che periodicamente sale agli onori della cronaca. Le legionelle sono batteri diffusi negli ambienti acquatici naturali, come acque sorgive e termali, fiumi e fanghi. Da questi ambienti possono raggiungere condotte e impianti idrici, come serbatoi, tubature, fontane e piscine. Non a caso, una quota non trascurabile degli episodi di legionellosi è legata al turismo ed è in crescita. In questi casi l'origine è proprio negli impianti di alberghi, campeggi e strutture ricettive in generale: l'infezione viene acquisita per via respiratoria mediante inalazione o aspirazione di aerosol contenente il batterio oppure di particelle derivate per essiccamento. «La

legionellosi riguarda soprattutto (ma non solo) persone con più di 50 anni e/o con condizioni che indeboliscono le difese immunitarie (terapie immunosoppressive, fumo, alcolismo, bronchite cronica, malattie cardiovascolari e renali, diabete, tumori) — spiega Sergio Harari, direttore dell'Unità operativa di Pneumologia all'Ospedale San Giuseppe MultiMedica di Milano e professore di medicina interna all'Università Statale di Milano —. I sintomi compaiono velocemente: brividi, febbre, malessere, mal di testa e dolori diffusi, seguiti da tosse secca, dolori al torace, a volte diarrea e peggioramento delle condizioni generali. La diagnosi si ha con il test dell'antigene urinario, con la ricerca del batterio nelle secrezioni respiratorie e degli anticorpi anti Legionella nel sangue». Se l'infezione è curata con antibiotici specifici di solito guarisce entro un mese, ma la mortalità è del 10-11% con picchi oltre il 50%.

La prevenzione, invece, si fonda sulla corretta manutenzione delle strutture idrosanitarie e dei grandi impianti di climatizzazione come le torri di raffreddamento.

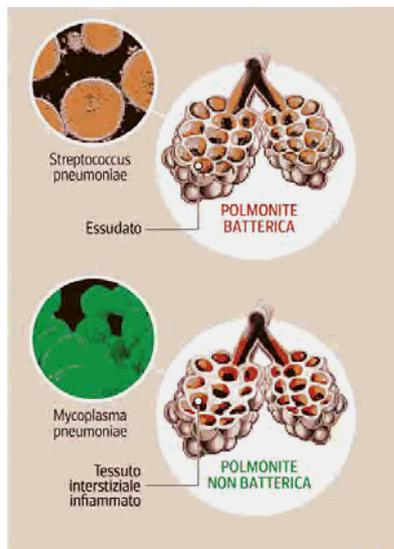
© RIPRODUZIONE RISERVATA

630

mila
I nuovi casi di polmonite da pneumococco che si registrano in Italia ogni anno ai danni degli anziani, esposti a un maggior rischio di esiti gravi dell'infezione

8

mila
circa, l'anno, i decessi da polmonite pneumococcia nel nostro Paese, che colpiscono la popolazione over-70, spesso come complicanza dell'influenza



Europa, pochi farmaci contro la tubercolosi

Prezzi elevati e scarsi interessi economici frenano l'accesso ai nuovi prodotti. Così la malattia torna a minacciare la salute pubblica

CHIARA ERCOLINI

■ La tubercolosi in Europa non è ancora una realtà del passato. Recentemente l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha lanciato l'allarme: anche se il numero assoluto dei casi è ridotto, mancano farmaci per curare i ceppi resistenti e in quest'area si trovano alcuni dei Paesi - come l'Ucraina - con il più alto numero di micobatteri refrattari alla terapia di prima linea. Alla base ci sono interessi economici: il mercato europeo è poco appetibile e i prezzi per i farmaci più innovativi sono esorbitanti.

«SIAMO PIÙ SGUARNITI rispetto ai Paesi a basse risorse», afferma Chiara Montaldo, responsabile medica di Medici Senza Frontiere Italia, e le segnalazioni di tubercolosi resistente stanno aumentando, soprattutto a seguito dello scoppio della guerra in Ucraina, dove il collasso del sistema sanitario sovietico negli anni '90 ha portato all'impossibilità di seguire correttamente le lunghe terapie anti-tubercolari e allo sviluppo di resistenze.

Ogni anno in tutto il mondo la malattia infettiva interessa circa dieci milioni di persone. Nel Vecchio continente coesistono situazioni diverse. Nel 2021, per esempio, si erano contati 7.900 casi in Romania, più del doppio di quelli italia-

ni. Le cifre grossomodo stabili non devono indurre ad abbassare la guardia. La trasmissione della tubercolosi è legata soprattutto a contatti continuativi e ambienti sovraffollati. Per questo è fortemente legata a povertà e migrazioni: «L'attuale percorso migratorio e i sistemi di accoglienza rappresentano un fattore di rischio, ma il migrante non è un rischio per la popolazione locale - dichiara Montaldo - Attraverso la Rotta balcanica arrivano persone da Siria e Afghanistan, Paesi con conflitti cronici, dove i sistemi sanitari hanno subito un impoverimento enorme». In questo contesto si crea un terreno fertile per molte malattie infettive considerate sconfitte, lo stesso è accaduto in Ucraina.

GUERRE E CARESTIE hanno portato a importanti interventi nei confronti della Tb: «L'Oms ha favorito la scoperta di nuovi metodi diagnostici e farmaci. Ma la ricerca farmaceutica si è mossa più lentamente: siccome non era una malattia tipica dei Paesi economicamente interessanti non importava investire per qualcosa curabile coi farmaci di prima linea», spiega il dottor Giorgio Besozzi, presidente di Stop Tb Italia. Le case farmaceutiche hanno cercato di recuperare lo sforzo messo nella ricerca: da qui derivano i prezzi proibitivi sul mercato europeo e le difficoltà d'acces-

so alle nuove terapie. Tuttavia,

una parte consistente dei fondi per lo sviluppo di questi farmaci proveniva da denaro pubblico. «Per ridurre i costi si può facilitare l'approccio con le case farmaceutiche tramite le agenzie internazionali e attraverso questi patti arrivare a un contenimento dei prezzi», aggiunge Besozzi.

Sul punto, però, il dottor Dumitru Laticevschi - responsabile dell'area europea e centroasiatica per Global Fund, organizzazione che si occupa del contrasto a tubercolosi, Hiv e malaria nei Paesi a basso reddito - sottolinea che non è facile trattare con i produttori quando il reddito di un Paese è buono. E oggi sono proprio gli Stati «economicamente interessanti» a trovarsi in difficoltà.

«L'OMS NEL 2022 ha approvato un nuovo regime terapeutico a quattro farmaci per la tubercolosi multi-resistente, che nei Paesi a minori risorse costa 380 euro mentre in Europa 40.000», spiega Montaldo. Questa terapia è molto più breve di quelle del passato e ciò facilita i pazienti nel seguirla correttamente, diminuendo così lo sviluppo di nuove resistenze. «Paradossalmente, in aree a medie e basse risorse abbiamo regimi terapeutici più avanzati perché sono stati messi in atto sforzi che garan-

tiscono l'accessibilità a farmaci e diagnostici», continua Montaldo, che ha alle spalle missioni in India e Sudafrica.

STOP TB ITALIA ha segnalato all'Aifa la carenza di farmaci, ma la risposta è stata deludente: i farmaci ci sono e si possono comprare all'estero. In Italia, per fortuna, il numero dei casi è limitato ma un rischio per la salute pubblica c'è. «Questi farmaci dovrebbero essere prodotti dallo Stato e distribuiti gratuitamente», dice Besozzi. Descrive questa idea come un'utopia, ma la Spagna si è mossa in tal senso: nel 2023, in seguito a un caso che coinvolse una bambina di due anni, è stato creato un magazzino che rende molto più facile l'accesso alle formulazioni pediatriche.

Anche Msf è sulla stessa linea d'onda: «Nei Paesi a basso reddito è entrato in gioco l'Oms centralizzando la distribuzione dei farmaci con un sensibile abbassamento dei prezzi - spiega Montaldo - In Europa, se ci fosse uno stock centrale per i Paesi che richiedono i farmaci, questi potrebbero essere più disponibili con una riduzione dei prezzi e degli sprechi».

La terapia a base di 4 principi attivi, molto più breve, costa nell'Ue fino a 40mila euro

Se ci fosse uno stock centrale per i Paesi che richiedono i farmaci, questi potrebbero essere più disponibili con meno costi e sprechi

Chiara Montaldo, Msf



Ricerca clinica eccellenza italiana

Longo: «Il comparto farmaceutico può rivestire un ruolo strategico per consolidare la ripresa economica del Paese e la sua competitività sui mercati internazionali. Ma andrebbero fatti passi in avanti a favore del settore»

Uno stile di vita poco salutare, il consumo di alcolici, il sovrappeso e la sedentarietà sono alcuni dei fattori che possono aumentare il rischio di tumore. Un problema che è cresciuto negli ultimi anni, tanto che nel 2023 si sono verificate 395 mila nuove diagnosi, circa 20 mila in più rispetto all'ultima rilevazione del 2020, secondo dati dell'Istituto Superiore di Sanità. Un numero destinato a crescere in media ogni anno dell'1,3% negli uomini e dello 0,6% nelle donne. Anche se, grazie alla ricerca scientifica, i tassi di sopravvivenza e guarigione risultano in costante aumento.

L'ambito oncologico è una delle aree in cui è attiva AstraZeneca Italia, azienda biofarmaceutica globale presente nella Penisola da oltre 20 anni con più di 1.200 dipendenti che opera nello sviluppo di farmaci innovativi anche negli ambiti malattie rare, cardiovascolare, metabolico e renale, respiratorio e immunologico, infettivologia. «Il nostro obiettivo è sviluppare nuovi farmaci che possano cambiare in meglio la vita dei pazienti, con un focus sulle malattie che si distinguono per impatto sociale e costo elevato per il servizio sanitario nazionale e per il Paese», sottolinea Claudio Longo, presidente e amministratore delegato di AstraZeneca Italia. «Basti pensare che nella Ue 50 milioni di persone convivono con una o più malattie croniche, patologie che sono responsabili di oltre quattro milioni di decessi l'anno».

Nel 2023 il gruppo (che dal 2021 include anche Alexion, azienda biofarmaceutica specializzata nel segmento delle malattie rare) ha

realizzato 770,1 milioni di euro di ricavi, con un tasso medio annuo di crescita composto del 19,5% rispetto al 2019. Una performance frutto del forte investimento in ricerca e sviluppo portato avanti negli ultimi anni: 59 milioni di euro nel solo 2023, con un incremento del 25,2% rispetto al 2019.

L'Italia ricopre un ruolo rilevante per AstraZeneca e Alexion nella ricerca clinica, sia in termini di studi in corso, sia come incidenza sul totale nazionale. Secondo un report di The European House - Ambrosetti sul valore creato da AstraZeneca in Italia, l'azienda nel 2023 ha attivato 192 studi clinici in più di 600 centri italiani, classificandosi come prima azienda farmaceutica del Paese per contributo alla ricerca clinica nel medio termine.

«L'Italia è un Paese di grande importanza per il nostro gruppo, anche per le tante eccellenze presenti nel mondo della ricerca», sottolinea Longo.

«Ad oggi sono 17 le nuove molecole in ultima fase dello sviluppo (più 112,5% rispetto al 2019) e da qui al 2030 l'obiettivo è di portare sul mercato 20 nuovi farmaci (di cui cinque sulle malattie rare).

«Oggi si stima che siano circa tre milioni gli italiani affetti da una malattia rara, per circa 8 mila patologie sconosciute», sottolinea Anna Chiara Rossi, vicepresidente e general manager Italy di Alexion, AstraZeneca Rare Disease. «Solo il 5% di queste malattie ha però a disposizione una terapia efficace perché la ricerca nel settore è difficile ed è soggetta a un elevato tasso di insuccesso. Come Alexion siamo una delle poche realtà che ha deciso di focalizzarsi su quest'ambito», prosegue Rossi, per poi ag-

giungere che «sin dalle origini abbiamo deciso di adottare un approccio pionieristico, specializzandoci nei farmaci orfani (destinati alla cura delle malattie talmente rare da non consentire alle aziende farmaceutiche di generare ricavi tali da recuperare i costi, ndr)».

Finora Alexion ha sviluppato cinque molecole in sette aree terapeutiche e ha all'attivo 22 programmi di studio clinico, che coinvolgono centinaia di pazienti in 130 centri sul territorio italiano. Lo studio realizzato da The European House - Ambrosetti quantifica in 524,2 milioni il contributo dato dal gruppo AstraZeneca al Pil nel 2023, in crescita del 70% rispetto al 2020. Un dato che dovrebbe superare, nel prossimo triennio, i due miliardi di euro cumulati. «Questo significa che ogni euro investito da AstraZeneca in Italia genera quasi tre euro complessivi nell'economia del Paese», specifica Longo, per il quale il settore farmaceutico può rivestire un ruolo strategico per consolidare la ripresa economica e la sua competitività sui mercati internazionali. Andrebbero però fatti ancora dei passi in avanti a favore del settore. «Seguendo le indicazioni date da Draghi nel suo report sulla competitività europea andrebbe lanciata una strategia a livello nazionale incentrata sulle scienze della vita», conclude Longo, per il quale andrebbero anche velocizzate le procedure necessarie per attivare gli studi clinici e reso più omogeneo a livello nazionale l'accesso ai farmaci innovativi, superando le disparità attualmente presenti sul territorio. - s.d.p.



FARMACEUTICA

MEZZO MILIARDO DI PIL ETANTA RICERCA LA CURA ASTRAZENECA

Il gruppo non ha impianti produttivi ma ha un impatto sul territorio quantificato in oltre 500 milioni di contributo al prodotto interno lordo, una cifra che può quadruplicare nei prossimi tre anni. L'eccellenza Alexion, acquisizione americana, specializzata nelle patologie rarissime

di MARGHERITA DE BAC

Non ha impianti produttivi in Italia AstraZeneca, azienda biofarmaceutica impegnata nella ricerca e nello sviluppo di medicine etiche, quelle che possono fare la differenza tra morte e sopravvivenza, tra malattia o guarigione. Eppure ha un posizionamento ottimo per l'impatto economico sul territorio come risulta nello studio condotto da The European House Ambrosetti presentato di recente a Bari.

Il gruppo formato da AstraZeneca e Alexion ha generato un contributo al Pil di 524 milioni di euro nel 2023, in crescita del 70% rispetto al 2020. Un «sostegno» in costante aumento, si calcola che nel prossimo triennio verranno superati i due miliardi di euro cumulati.

Claudio Longo presidente e amministratore delegato di AstraZeneca in Italia, «metà belga e metà salentino» come si definisce lui nel raccontare le sue origini, si dice orgoglioso: «È il risultato di un impegno interamente dedicato dal gruppo alle malattie gravissime e senza soluzioni terapeutiche che hanno pesanti ricadute a carico delle persone colpite e indirettamente del Paese. È questa la nostra caratteristica indelebile. Investendo nei settori meno battuti si riesce a triplicare l'impatto economico».

Gli obiettivi

Uno degli obiettivi è quello di punta-

re sul sempre maggiore incremento del numero di studi clinici nei centri italiani. Portare la ricerca nel nostro Paese significa favorire l'accesso di tanti pazienti a farmaci innovativi che rischiano di non essere disponibili prima dei 3 o 4 anni successivi. Restare fuori dal sistema delle sperimentazioni è un danno anche per i centri clinici che per crescere hanno bisogno di respirare innovazione. «Per il momento non abbiamo programmato di arrivare in Italia anche con la produzione — aggiunge Longo — però di certo c'è la volontà di continuare lungo questa strada, di spingere sull'acceleratore focalizzan-

doci su 5 aree terapeutiche, malattie rare, oncologia, malattie croniche, vaccini e immunoterapia». Oggi sono 17 le nuove molecole giunte all'ultima fase di sviluppo, +112,5% rispetto al 2019. Lo scorso anno il gruppo ha portato avanti 192 studi clinici in 621 centri italiani coinvolgendo 791 professionisti sanitari e 1.243 pazienti.

Per quanto riguarda i ricavi, la crescita costante degli ultimi 5 anni ha prodotto 770 milioni di euro circa nel 2023 con un tasso di crescita annuale del 19,5%. Il gruppo dà energia inoltre a diverse filiere industriali e di servizi sul territorio attraverso le proprie forniture e la spesa di ricerca. Vengono acquistati beni e servizi per 102,4 milioni da 1027 ditte nazionali.

Fiore all'occhiello di AstraZeneca è Alexion, azienda americana con sede

a Boston, dedita alle malattie rare, realtà costituita da migliaia di patologie, ciascuna «rappresentata» da pochi, a volte pochissimi pazienti. Per loro le cure non esistono per niente, e per questo si parla di farmaci orfani, oppure non sono risolutive nel rallentare processi di degenerazione di vario tipo che portano alla disabilità.

Una volta acquistata, Alexion ha continuato vivere una sua vita progettuale e di ricerca di nicchia, senza essere distolta dalla sua vocazione. Anna Chiara Rossi è la vice presidente e general manager italiana di questa azienda nata 30 anni fa col «pallino» di cercare di migliorare la vita dei malati utilizzando un approccio bioingegneristico: «Ci occupiamo dei farmaci più orfani degli orfani. Vogliamo cambiare il corso di malattie mortali lavorando assieme e per le associazioni dei pazienti. La collaborazione con le famiglie è fondamentale per ottenere successi e aiutare concretamente le persone nella loro quotidianità».

Sono oltre 1,5 milioni i malati che ricevono le terapie del gruppo AstraZeneca, paria circa il 3% della popola-



L'ECONOMIA

zione italiana. L'impatto sociale prodotto dalle due aziende si misura anche dal punto di vista occupazionale e per l'attenzione al benessere dei lavoratori e alla parità di genere. Il tasso di occupazione femminile è del 54,6% fra gli impiegati. Su 13 posizioni apicali, 10 sono occupate da donne.

Anna Chiara Rossi è una di loro. Laureata in veterinaria, «dopo due anni di attività con gli animali ho deciso di fare qualcosa che avesse un maggiore impatto sulla società». Ecco i prossimi traguardi di Alexion: «Stiamo

lavorando con l'agenzia italiana del farmaco per ottenere il rimborso di due nuove molecole e contiamo di averne altre 5 entro il 2030 allargando di pari passo le indicazioni di quelle già attribuite a farmaci che già si sono rivelati efficaci per altre malattie rare con simili meccanismi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I ricavi oggi ammontano a 770 milioni di euro, il tasso di occupazione femminile è del 54%



Alexion Italia

Anna Chiara Rossi è la vice presidente e general manager italiana

I numeri

I dati di Astra Zeneca Italia e Alexion Italia nel 2023



Fonte: Teha

s.f.



Numero Uno

Claudio Longo, ceo di Astra Zeneca Italia: «Raccogliamo il risultato di un impegno interamente dedicato dal gruppo alle malattie gravissime e senza soluzioni terapeutiche, che hanno pesanti ricadute a carico delle persone colpite e indirettamente del Paese»



QUANDO IL MEDICO TORTURAVA IN NOME DELLA SCIENZA

Dichiarazione di Helsinki

di **Gilberto Corbellini**

La Dichiarazione di Helsinki compie 60 anni ma non ci sono stati particolari festeggiamenti, non pari almeno all'importanza che ha avuto fino a una ventina di anni fa come guida etica per la sperimentazione clinica. Fu adottata dall'Associazione Medica Mondiale nel giugno 1964 ed è stata approvata nell'ultima revisione il 19 ottobre scorso. La Dichiarazione doveva servire a proteggere i diritti dei partecipanti alle sperimentazioni, stante che il Codice di Norimberga (1947) ispirato dai medici torturatori nazisti, non se lo era filato nessuno. La prima versione, concordata in occasione di un incontro in Finlandia nel 1964, includeva principi che sarebbero diventati pietre miliari dell'etica della ricerca, come la valutazione dei rischi in rapporto ai benefici e il consenso dei partecipanti.

La Dichiarazione è stata incorporata nelle linee guida o legislazioni nazionali relative alla ricerca medica in tutto il mondo. Tuttavia, non è giuridicamente vincolante. E alcune revisioni hanno generato controversie. Ad esempio, a seguito di un intenso dibattito all'inizio degli anni 2000, sull'uso di placebo nelle sperimentazioni farmacologiche e sull'etica della ricerca biomedica nei Paesi in via di sviluppo, la Food and Drug Administration statunitense ha eliminato il riferimento alla dichiarazione dalle proprie linee guida. La dichiarazione è stata rivista più volte che riflettono l'evoluzione delle forme assunte dall'etica medica, i dibattiti sui margini in espansione di intervento sui partecipanti alla ricerca e i cambiamenti nella natura della ricerca. Nella versione del 2024 rilancia la Dichiarazione e auspica maggiore inclusione dei pazienti e dei volontari. Ci sono nuovi riferimenti ai temi dell'ambiente e della sostenibilità, a questioni relative alla sicurezza dei dati archiviati e ai materiali bio-

logici, come i campioni di tessuto.

Rimangono interrogativi. Un cambiamento nel recente documento sottolinea l'importanza di includere nella ricerca partecipanti potenzialmente "vulnerabili". Le versioni precedenti sottolineavano la necessità di evitare, per quanto possibile, ricerche che coinvolgessero bambini, pazienti anziani, donne gravide, malati psichiatrici e detenuti. Ciò derivava dalla necessità di imparare dagli scandali del passato e di evitare lo sfruttamento o l'abuso di persone vulnerabili. Si è capito che l'esclusione di questi gruppi può causare un danno ancora maggiore, in quanto porta alla mancanza di prove su come trattare al meglio alcuni pazienti. Quindi determina disparità nella salute. Ad esempio, gran parte dei farmaci comunemente utilizzati per i bambini non sono basati su prove di alta qualità.

La regolamentazione della ricerca (incoraggiata dalla dichiarazione) è estremamente importante, ma può anche rendere difficile, dispendioso in termini di tempo e di risorse il suo svolgimento. I medici possono cambiare la pratica sulla base dell'esperienza, dell'intuizione o dell'ispirazione. Se lo fanno al di fuori di una sperimentazione, non sono tenuti a chiedere l'approvazione di alcun organismo di revisione. Una particolare forma di ricerca che può promuovere il miglioramento delle cure è rappresentata dai cosiddetti studi comparativi di efficacia. In molte aree della medicina esistono variazioni della pratica, dove alcuni professionisti adottano un approccio, mentre altri ne adottano un altro. A seconda del medico (o del giorno della settimana in cui ci si ammala), si può ricevere un trattamento piuttosto che un altro per la stessa condizione. Poiché variazioni di questo tipo interessano molti pazienti, è importante determinare quale sia l'opzione migliore, orga-

nizzando studi randomizzati controllati. Gli studi clinici richiedono anni per essere condotti e sono molto costosi. La conseguenza è che sono troppo spesso pagati dall'industria, che ha degli interessi economici nel gioco, e se ne fanno troppo pochi di indipendenti.

Numerosi bioeticisti e ricercatori si sono espressi a favore di un approccio normativo più snello, che si concentri su ciò che conta: le sperimentazioni aggiungono significativamente rischi o oneri a quelli che i pazienti avrebbero incontrato al di fuori della sperimentazione. E partecipare alla ricerca limiterebbe la capacità dei pazienti di prendere decisioni significative e di fare scelte che normalmente sarebbero state loro offerte.

Le cornici etiche che proteggono i partecipanti alla ricerca sono nate inizialmente da vicende di "abuso, danno e ingiustizia". Forse a causa di questo, la regolamentazione della ricerca si è concentrata sulla protezione degli individui che partecipano, senza che cornici etiche simili guidassero l'uso di interventi medici nella pratica clinica. Se da un lato questo approccio fornisce una protezione fondamentale ai partecipanti alle sperimentazioni di interventi nuovi, sperimentali e precedentemente non testati, dall'altro non funziona bene per le ricerche cliniche a minor rischio. Al contrario, l'approccio crea sostanziali inefficienze, "confusione" e, in ultima analisi, è disallineato rispetto ai solidi principi etici. Nell'attuale quadro normativo, i partecipanti alla ricerca sono spesso iperprotetti, mentre i pazienti nella pratica clinica possono essere sotto protetti, soprattutto quando viene inibita la generazione di prove per gli ap-



procci più efficaci al trattamento. Alcuni commentatori chiedono cambiamenti concreti all'interno dell'attuale quadro normativo che consentirebbero alla supervisione etica di essere più "adatta allo scopo" al rischio e all'intento di uno studio di ricerca.

La Dichiarazione di Helsinki ha 60 anni, ma continua a suscitare dibattito ed è probabile che le inno-

vazioni nella ricerca, come il crescente uso dell'intelligenza artificiale in medicina, richiederanno ulteriori modifiche nell'immediato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SESSANT'ANNI FA
LE LINEE GUIDA
SUI TRIAL CLINICI
PRATICATI
SU PAZIENTI
E VOLONTARI



29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

World Aids Day: quasi 7mila chiamate al numero verde Iss, accesso al test prioritario ma resta lo stigma

Nel 2024 sono state quasi 7mila le telefonate arrivate al Telefono Verde Aids e Infezioni Sessualmente Trasmesse – 800861061 dell'Istituto Superiore di Sanità, in prevalenza da giovani tra 20 e 39 anni. Tra coloro che chiamano lo stigma correlato all'Hiv è ancora forte e molto temuto nelle relazioni interpersonali. I dati, pubblicati in vista della Giornata Mondiale di lotta contro l'Aids del 1° dicembre, vengono dal Servizio Nazionale gestito dall'Iss: il Telefono Verde, anonimo e gratuito, è attivo dal lunedì al venerdì, ed effettuerà un'apertura straordinaria proprio domenica 1° dicembre dalle 13:00 alle 18:00. Sempre domenica la facciata dell'edificio dell'Iss si illuminerà di rosso a testimonianza dell'impegno dell'Istituto per la sensibilizzazione su questo tema.



Quest'anno, oltre al resoconto annuale sulle chiamate, gli esperti del Telefono Verde hanno svolto la Survey Accesso ai Test per le IST e l'HIV con l'obiettivo di rilevare i fattori facilitanti e gli eventuali fattori ostacolanti l'accesso alle strutture impegnate nella diagnosi dell'HIV e delle altre Infezioni Sessualmente Trasmesse.

Il counselling telefonico

Dal 1 gennaio al 25 novembre 2024 sono pervenute al TV AIDS e IST 6.747 telefonate, effettuate per il 85,05% da uomini. Hanno telefonato nella quasi totalità italiani. L'età delle persone utenti si colloca prioritariamente nella fascia compresa tra i 20 e i 39 anni (62,22%). Le aree geografiche di provenienza delle telefonate sono nell'ordine: Nord (47,6%), Centro (28,8%), Sud (16,9%), e Isole (6,5%).

Nel 57,9% delle telefonate, le persone utenti hanno riportato di aver avuto rapporti eterosessuali mentre nel 26,6% non emerge alcun fattore di rischio per Hiv e per le altre Ist. Nelle telefonate pervenute da gennaio a novembre 2024 è stato rilevato che il test HIV è stato effettuato almeno una volta nel 26,7% dei casi e più volte nel 32,4%. In un terzo degli interventi di counselling il tema centrale rimane le modalità di accesso ai Centri diagnostico-clinici per l'esecuzione del test HIV.

La survey

L'indagine è stata somministrata a 240 persone utenti afferenti per la prima volta al Servizio con un breve questionario anonimo, nell'88,8% dei casi di sesso maschile. L'età mediana è di 34 anni. Una percentuale di rispondenti pari all'82,2% ha eseguito almeno una volta il test dell'Hiv, in Centri pubblici per il 51,5% dei casi ed in strutture private per il 37,9%, mentre rimane residuale la proporzione di coloro i quali hanno avuto accesso al test acquistandolo in farmacia, accedendo ad un Checkpoint community-based o in occasioni di iniziative di promozione in piazza. Alla domanda se una diagnosi di HIV

determini difficoltà nelle relazioni sociali e affettive una netta maggioranza di utenti ha risposto in senso affermativo (86,0%), evidenziando come lo stigma HIV correlato sia ancora forte e molto temuto nelle relazioni interpersonali. Vi è, inoltre, la diffusa convinzione da parte degli intervistati che le persone che vivono con l'HIV siano discriminate dalla società in misura nettamente maggiore (66,5%) rispetto a chi abbia contratto altre infezioni sessualmente trasmesse (1,6%). Anche la possibilità di parlare, sia in ambito familiare, sia in ambito amicale, di un'eventuale infezione da HIV rappresenta fonte di sensibile disagio (69,0%).

Il Telefono Verde

Il Telefono Verde AIDS e Infezioni Sessualmente Trasmesse - 800 861 061 (TV AIDS e IST) dell'Istituto Superiore di Sanità, anonimo e gratuito, istituito nel 1987 si colloca all'interno dell'Unità Operativa Ricerca psico-socio-comportamentale, Comunicazione, Formazione del Dipartimento Malattie Infettive.

Il Servizio nazionale è attivo dal lunedì al venerdì, dalle 13.00 alle 18.00 e fornisce risposte personalizzate supportate da solide basi scientifiche per la prevenzione dell'HIV, dell'AIDS e delle altre IST.

Nel corso degli anni il TV AIDS e IST ha attuato un rigoroso intervento di prevenzione primaria e secondaria dell'HIV, dell'AIDS e delle IST, rispondendo anche a nuovi bisogni informativi, come quelli emersi a seguito di differenti emergenze sanitarie (da ultimo COVID-19 e da MPox).

Attività corrente e capillare è quella dell'aggiornamento dei Centri diagnostico-clinici per l'effettuazione del test HIV e degli esami per tutte le IST, presenti sull'intero territorio italiano, con una banca dati di 640 Centri completata a novembre 2024.

La presenza, presso il TV AIDS e IST, di un consulente in materia legale consente, altresì, di affrontare tematiche legate alla tutela della privacy e a situazioni di fragilità e marginalità sociale (tossicodipendenza, clandestinità, discriminazione e stigma per orientamento sessuale).

Inoltre, l'attività del TV AIDS e IST è interconnessa con:

- il Sito Uniti contro l'AIDS [link: www.uniticontrolaids.it] impegnato nella diffusione di informazioni scientifiche mediante la comunicazione online;
- la ReTe AIDS, network Servizi di HIV/AIDS/IST counselling telefonico, presenti in differenti aree regionali italiane;
- il Servizio email tvalis@iss.it dedicato esclusivamente alle persone sorde;
- il contatto Skype "uniticontrolaids", che consente di raggiungere persone utenti fuori dai confini nazionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Giornata mondiale dell'Aids: prevenzione e terapie personalizzate sul nuovo identikit dei pazienti

Il Covid paradossalmente aveva dato una mano, ma negli ultimi anni le nuove diagnosi di HIV hanno ripreso a crescere nel 2023 tornando ai livelli pre-pandemici. È quanto emerge dai dati del Centro Operativo AIDS (COA) dell'Istituto Superiore di Sanità che, in occasione della Giornata Mondiale dell'AIDS (1° dicembre), ha pubblicato i dati epidemiologici. Necessaria dunque una maggior sensibilizzazione sulle norme di prevenzione e di accesso al test e non solo tra i giovani, visto che l'aumento più significativo dopo il 2020 è stato registrato nella fascia d'età 40-49 anni e nella trasmissione eterosessuale. “Rinnovare l'attenzione sulle sfide che l'infezione da HIV ancora pone – afferma il professor **Carlo Torti**, Ordinario di Malattie Infettive all'Università Cattolica del Sacro Cuore e Direttore della UOC di Malattie Infettive di Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS - è una necessità assoluta. La UOC di Malattie Infettive del Policlinico Gemelli ha sempre offerto alle persone con HIV (PLWH) grande disponibilità e aiuto concreto (PLWH), attraversando negli ultimi quattro decenni connotati epidemiologici diversi e restando sempre aperta a nuovi approcci terapeutici e organizzativi.

L'obiettivo primario allora come oggi è il mantenimento della salute e il benessere di tutte le persone con l'HIV. Le innovazioni hanno finora portato all'introduzione della terapia antiretrovirale a lunga durata d'azione (LA) che, oltre a garantire un ottimo controllo del virus, darà un enorme impulso al miglioramento della qualità della vita di persone che vivono attualmente una patologia cronica.

Oggi è necessario operare un cambio di paradigma verso la valutazione onnicomprensiva della salute, con la sfida e la necessità di nuovi modelli organizzativi di assistenza al paziente, sempre più complessi, da integrare con il monitoraggio dei parametri clinici e la personalizzazione del trattamento. Per affrontare adeguatamente le complessità dell'infezione da HIV, è fondamentale un approccio multidisciplinare che integri le competenze di diversi professionisti. Questo non solo ottimizzerebbe la gestione clinica dell'HIV e delle comorbidità, ma permetterebbe anche una valutazione continua e coordinata delle esigenze cliniche e psicologiche dei pazienti, migliorando la qualità della vita e l'efficacia complessiva del trattamento”.

“La costante ricerca scientifica portata avanti dal Policlinico Gemelli – ricorda la dottoressa **Simona Di Giambenedetto**, Ricercatore dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e Dirigente Medico con Alta Specializzazione nell'Ambulatorio di Malattie Infettive di Fondazione Policlinico Gemelli – ha contribuito in modo determinante a modificare le linee guida nazionali e internazionali per la terapia antiretrovirale. Un percorso innovativo che metta al centro il paziente consentirebbe un modello strategico che ha come obiettivo sempre più la personalizzazione della cura”.



Quello delle Malattie Infettive del Gemelli è da sempre un lavoro di équipe, che si avvale delle azioni coordinate di un team consolidato, oggi arricchito di competenze multidisciplinari e si articola nelle unità di Terapia Domiciliare e nei reparti di degenza ordinaria gestiti dal dottor Giancarlo Scoppettuolo e dalla dottoressa Antonella Cingolani.

“L’infezione da HIV – ricorda la professoressa **Enrica Tamburrini**, Associato dell’Università Cattolica del Sacro Cuore e Responsabile della UOS di Malattie Infettive al Policlinico Gemelli – continua a rappresentare una sfida globale, con dati che dimostrano come tale patologia sia tutt’altro che scomparsa. I dati ISS del 2024, appena pubblicati, indicano che il 60% delle nuove diagnosi riguarda pazienti con malattia già avanzata, coinvolgendo non solo le cosiddette categorie a rischio, ma anche uomini adulti eterosessuali (che rappresentano il 48% dei nuovi casi di HIV). La scienza e l’organizzazione sanitaria devono lavorare insieme per offrire soluzioni concrete, ponendo le basi per un futuro in cui la salute di ogni paziente sia realmente al centro del sistema sanitario.

Tale sforzo culturale e organizzativo deve includere inoltre lo screening e la profilassi per le popolazioni vulnerabili, a rischio di malattie sessualmente trasmesse (MST). Anche per questi utenti sarebbe necessario implementare percorsi dedicati per garantire la continuità e la personalizzazione delle cure, prevenire complicanze e ridurre la diffusione delle infezioni; ciò è già in atto presso le nostre strutture e verrà implementato sempre di più in futuro”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Qualità e sicurezza delle cure, il Covid ha insegnato poco o nulla: siamo ancora al “lavaggio delle mani”

di Valeria Fava *

In occasione del Forum Risk Management ad Arezzo, Cittadinanzattiva ha promosso una tavola rotonda con rappresentanti delle istituzioni nazionali, aziende sanitarie, società scientifiche, associazioni di pazienti e alcune centrali d'acquisto/soggetti aggregatori, sul tema della sicurezza e della qualità delle cure, con un focus sulla prevenzione e gestione delle infezioni correlate all'assistenza (Ica) e dell'antimicrobico-resistenza (Amr). Un'emergenza silenziosa, nonostante i dati ufficiali siano sempre più allarmanti. Solo in Europa, 33-35 mila persone muoiono ogni anno a causa di infezioni da batteri resistenti; e circa 1/3 delle infezioni si registrano solo in Italia: si contano infatti dagli 8 agli 11 mila decessi annui. Nel 2019 sono stati 1,3 milioni i decessi nel mondo attribuibili all'Amr e al 2050 si stima si arriverà a 39 milioni di morti nel mondo.

Anche nel nostro ultimo Rapporto civico sulla salute, presentato a ottobre, sul totale delle oltre 24mila segnalazioni dei cittadini nel 2023, il 5,6% fa riferimento all'ambito della sicurezza delle cure. Di queste oltre il 60% riguarda “presunti errori nella pratica medica” (di cui il 13,3% attiene alla gestione delle complicanze), quasi il 18% le condizioni igienico strutturali degli ambienti sanitari, più del 10% le “infezioni in strutture sanitarie”, in particolare infezioni contratte in ospedali ed infezioni alle ferite post intervento chirurgico.

In virtù di questi dati ed elementi di criticità, che da anni ritroviamo nelle segnalazioni dei cittadini, già nel 2023 abbiamo promosso con Fiaso, e con il contributo non condizionante di Copma la Carta della qualità e della sicurezza delle cure che, in 10 punti, definisce diritti e impegni di Asl, professionisti sanitari e cittadini/pazienti per contribuire ad assicurare standard elevati di sicurezza nelle strutture e individuare azioni concrete per migliorare la qualità e la sicurezza dell'assistenza nei luoghi di cura. Durante l'incontro di Arezzo sono state condivise esperienze e riflessioni che hanno evidenziato i bisogni e le istanze dei pazienti da un lato, dall'altro le criticità nella gestione e nell'organizzazione delle strutture sanitarie che, anche per la carenza di personale e i turni estenuanti, a volte ostacolano la messa in atto anche di procedure e processi che ormai dovrebbero consolidati per contenere i rischi infettivi e l'Amr. Resta prioritario garantire quello che già leggi, linee guida, protocolli e procedure ministeriali e aziendali prevedono per la prevenzione e gestione del rischio clinico e infettivo: fra questi implementare azioni di sorveglianza più efficaci; promuovere la segnalazione spontanea di eventi avversi e situazioni a rischio; attivare prontamente le azioni di prevenzione e gestione dei rischi; accompagnare la sicurezza in sanità con



acquisti e gare che garantiscano servizi (es. sanificazione) e prodotti (es. dispositivi medici) di qualità, altamente innovativi e personalizzati.

Ma soprattutto è emersa la necessità di continuare a lavorare in sinergia e in maniera più coordinata e integrata con i dipartimenti di rischio clinico. La formazione continua dei professionisti e l'informazione ai cittadini restano aspetti critici. È come se la pandemia non avesse insegnato nulla, e ancora oggi dobbiamo ricordarci di pratiche basilari, come il semplice gesto di lavarsi le mani.

La grande sfida della sicurezza e della prevenzione richiede un impegno costante e quotidiano, comportamenti, prassi consolidate, controllo e vigilanza della qualità dell'assistenza, formazione per i professionisti sanitari, informazione per i cittadini e umanizzazione nel percorso di cura. Il passaggio successivo da fare, è stato più volte ribadito, è di attuare un cambiamento culturale di educazione alla sicurezza.

Gli spunti e le sollecitazioni emersi in occasione dell'incontro ci incoraggiano a continuare con determinazione a rendere i cittadini e le associazioni di pazienti sempre più consapevoli del ruolo e del contributo che possono dare per chiedere e garantire la sicurezza in ambito sanitario, attraverso un processo di proficuo coinvolgimento accanto alle dirigenze e ai professionisti.

Al contempo, è importante avviare percorsi di monitoraggio per valutare lo stato di implementazione della Carta e accompagnare il processo di miglioramento nelle strutture che hanno a oggi l'hanno adottata (ben 63 aziende) e continuare a diffonderla, come strumento dinamico a disposizione delle direzioni sanitarie, dei professionisti e della cittadinanza.

** Responsabile coordinamento politiche della salute di Cittadinanzattiva*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Psichiatri Sip: riforma della Legge 81 bloccata da anni, serve una revisione immediata

“Una morte annunciata, purtroppo quello che è successo a Caprarola era altamente prevedibile e dimostra l’assoluta inefficacia della legge 81 nel fronteggiare episodi di questo tipo per cui si rende assolutamente urgente una riforma strutturale che mette in sicurezza tutti operatori, pazienti e familiari e vittime rimandare

questo tipo di iniziativa significa esporre i cittadini e tutto il sistema a rischi che in questo momento non sono comprimibili”. È il commento della Società Italiana di Psichiatria in riferimento all’omicidio di Caprarola, il cui autore è stato un pregiudicato con problemi psichici in attesa di un posto in una REMS. “Un problema annoso, una riforma urgentissima ma bloccata in Parlamento. Mentre si discute di 20 euro del canone RAI, le persone muoiono, forse è il momento di modificare alcune priorità nelle azioni del Governo”.

“Sono passati quasi 9 anni dall’apertura della prima REMS, e circa 10 dalla legge 81/14 – spiega la SIP –. La Corte Costituzionale, nel frattempo, ha rilevato gravi profili di incostituzionalità della normativa, tanto da sottolineare che il sistema andrebbe in teoria azzerato e rifondato. A protezione dei pazienti la Corte si è però limitata a ritenere necessaria una modifica sostanziale esprimendo questa posizione in termini di esclusivo indirizzo. Ma la situazione attuale sta precipitando, e preoccupa il mondo della psichiatria in primis, soprattutto dopo eventi drammatici come l’omicidio di Marta di Nardo per mano di Domenico Livrieri, nei confronti del quale il GIP aveva reiterato, invano, la richiesta di ricovero in REMS; o per l’omicidio a Pisa di Barbara Capovani. Ed oggi la vicenda che ha coinvolto Renzo Cristofori, ucciso da Patrik Sardo”.

In Italia vi sono circa 600 persone ricoverate in REMS e circa 700 persone in attesa di ricovero in REMS. Ciò significa che se domani raddoppiassero i posti disponibili vi sarebbe comunque ancora una lista d’attesa. Dunque, il vero problema, come in ogni altro ambito della sanità, resta l’appropriatezza degli invii alle REMS e la possibilità di correggere norme che contrastano con le conoscenze scientifiche e la pratica clinica. “L’Italia è forse l’unico Paese al mondo che riconosce l’infermità o la semiinfermità mentale a chi è affetto da disturbi della personalità, in particolare quello antisociale, esattamente quello di Patrik Sardo – prosegue la SIP –. La conseguenza di ciò è che il 30-40% degli ospiti delle REMS (cioè coloro che hanno un disturbo antisociale, quasi sempre affiancato all’abuso di sostanze stupefacenti) nelle REMS non deve stare. Perché non ha necessità sanitarie mediche, ma solo di contenimento delle manifestazioni comportamentali violente. Violente verso gli operatori, le guardie, soprattutto verso gli altri pazienti più fragili. Violenza che li trasforma in poco tempo i ‘dominatori’ della struttura”.

“Se dal sistema REMS i disturbi antisociali fossero collocati in ambiente carcerario, con la dovuta assistenza psichiatrica intramuraria laddove necessario, come avviene in tutto



il mondo e come sempre previsto dalla Legge 81 – precisa la SIP – ridurremmo la popolazione REMS, tra lista d’attesa e ricoverati, di circa 400 persone. Dunque, senza le persone ‘antisociali’ nelle strutture solo sanitarie, il personale non avrebbe più timore di andare a lavorare, mentre ora si assiste a una vera e propria fuga da queste strutture, intimoriti dalle continue aggressioni di questi utenti e dalla mancanza di adeguata protezione”.

Inoltre è necessario creare almeno una REMS in ogni Regione con i requisiti strutturali previsti dalla conferenza Stato-Regioni, e così vi sarebbero almeno altri 40 posti. In ultimo, rafforzare i Dipartimenti di Salute Mentale (DSM) per consentire la presa in carico di pazienti che è possibile dimettere, e che dagli ultimi dati sono circa il 30%, ma che non trovano posto nelle comunità terapeutiche o non vi è personale sufficiente nei servizi territoriali per la presa in carico”, conclude la SIP.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

29 NOV
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH



AstraZeneca: con Alexion generato un impatto economico di 524 milioni sul Pil

AstraZeneca e Alexion generano un impatto economico sul territorio che si traduce in un contributo al Pil di 524,2 milioni, in crescita del 70% rispetto al 2020. Lo rileva uno studio condotto da The European House Ambrosetti che misura il valore generato dal Gruppo in Italia aggiungendo che “il contributo del Gruppo al Paese è in costante crescita, anche nelle proiezioni future, dove potrà superare, nel prossimo triennio, i 2 miliardi di euro cumulati”. “L’Italia ha un bisogno urgente di attrarre maggiori investimenti in R&S per recuperare produttività e assumere un ruolo più rilevante nella competizione globale” commenta Daniela Bianco, Partner, area Healthcare di The European House – Ambrosetti. I ricavi in Italia di AstraZeneca e Alexion hanno raggiunto i 770,1 milioni di euro nel 2023, con un incremento del 19,5% rispetto al 2019.



“Ogni euro investito da AstraZeneca in Italia genera quasi 3 euro complessivi nell’economia del Paese - dichiara Claudio Longo, presidente e amministratore delegato di AstraZeneca Italia -. Siamo orgogliosi che il nostro Gruppo in Italia possa contribuire alla crescita economica del Paese anche in modo indiretto, tramite l’attivazione di numerose filiere economiche: dall’acquisto di beni e servizi, da imprese fornitrici localizzate sul territorio nazionale, alle spese in ricerca clinica necessarie a realizzare gli studi clinici nei centri italiani”. AstraZeneca e Alexion attivano, infatti, molteplici filiere industriali e di servizi con acquisti in Italia di beni e servizi per 102,4 milioni da 1.027 fornitori nazionali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INTERVISTA

Bucci: «Salute e autonomia, avanti con realismo»

Il neo-governatore ligure: rendiamo effettivi i Lep per aiutare tutti a crescere. E il Consiglio della sanità è uno strumento per offrire il meglio

DINO FRAMBATI

Genova

Governatore Marco Bucci, la sua prima mossa è stata il varo del Consiglio superiore della sanità regionale, il primo in Italia. Basterà per risolvere il principale problema della regione, lo stesso su cui il centrodestra sembra aver perso in Umbria?

Il Pd mi attacca su questa scelta e ci sta, i liguri lo hanno messo all'opposizione - risponde l'ex sindaco di Genova -. Io ho molto rispetto per i ruoli e per chi la pensa diversamente, purché serva per arrivare al risultato. Al punto che ho sempre chiesto di conoscere le proposte alternative, dando la disponibilità a valutarle. Mi spiace solo che questa offerta non sia stata accolta. Il Consiglio della sanità ligure è una novità, formato su base volontaria e gratuita da esperti del settore che rappresentano diversi campi e tutte le aree geografiche. Si sono offerti di mettere a disposizio-

ne le loro competenze, sono uno splendido esempio di chi, di fronte ai problemi, ha l'atteggiamento migliore: si offre di aiutare anziché criticare. Il professor Bassetti che coordina il gruppo è un'eccellenza. Che possa bastare a risolvere tutto sarebbe presunzione, ma di sicuro i liguri sanno di avere a disposizione il meglio che si può offrire. La cosa mi inorgoglisce e mi fa sentire molto fiducioso.

Come si porrà la sua giunta con l'autonomia differenziata?

Continuerà la strada intrapresa, cercando di ottenere per la Liguria quell'autonomia positiva in settori chiave, dalle infrastrutture alla fiscalità portuale. La Consulta ha messo la parola fine a tante illazioni sull'incostituzionalità della riforma, ricordo che Regioni chiaramente di sinistra come l'Emilia-Romagna sono state tra le prime a chiederla. Cerchiamo di lavorare per rendere effettivi i livelli essenziali delle prestazioni (i Lep, ndr) e di fare in modo che la legge aiuti tutti a crescere nel servizio ai cittadini.

Altra accusa del centrosinistra: c'è poco "rosa" nella giunta, con una sola donna.

Mi scusi, ma la cosa fa sorridere. Parla il Pd che quando si è trattato di scegliere i ruoli chiave della legislatura, ha indicato un uomo per la vicepresidenza del Consiglio e un uomo come capogruppo incaricato di dare la linea politica agli altri consiglieri. Ritengo offensivo guardare all'impegno delle donne come una questione matematica, considerarle dei numeri. Ma a chi parla a vanvera faccio solo notare che grazie alle scelte della giunta, entreranno in Consiglio tre donne in più.

Come intende dare una risposta al problema delle famiglie e della natalità?

Aiutando chi vuole avere figli a non avere problemi sul lavoro. Il bonus per gli asili-nido della Regione Liguria offre la retta a tutte le famiglie indipendentemente dal reddito. Così l'assegno per le baby-sitter e i centri estivi. Sono misure che potenzieremo ulteriormente, così come daremo incentivi a quelle aziende che facilitano le

neo-mamme che tornano a lavorare. La mia Liguria dev'essere attrattiva per le famiglie per le condizioni di vita che offre, per le occasioni di lavoro. Qui i giovani e le famiglie devono volersi fermare o tornare.

Lei ha vinto dopo una campagna elettorale accesa, a partire dall'inchiesta che ha travolto la giunta Toti. Sembra quasi la trama di una fiction: in politica a volte la realtà supera la fantasia?

Direi piuttosto che la fantasia ha superato la realtà. In questa campagna elettorale la sinistra ha lavorato molto di fantasia, con illazioni e accuse di basso profilo, raccontando molte falsità sull'inchiesta e sulla mia persona. Alla fine però ha vinto la realtà, perché siamo in Liguria, perché siamo gente concreta, capace di guardare i fatti e non le parole. L'idea di una fiction la lascio volentieri valutare alla "Genova Liguria Film Commission". Io ho finito di vedere questo film, sono impegnato solo a scrivere la sceneggiatura di una Liguria meravigliosa.

Voleva andare in barca a vela, sua grande passione, dopo 2 mandati da sindaco. Perché ha invece scelto una navigazione, probabilmente tempestosa, guidando la Regione Liguria?

Perché so che posso dare ancora qualcosa alla mia terra, restituire qualcosa del tanto che mi ha dato. La mia non è ambizione, non ho bisogno di mettermi a fare carriera politica a 65 anni. Qualcuno mi crederà un pazzo, un romantico, qualcuno non mi crederà. Mi basta sapere che è la pura verità. E che i liguri lo hanno capito.



Il governatore Marco Bucci



IL RACCONTO

Il cuore di Edoardo tradito dall'aritmia “Esclusi danni acuti”

All'arrivo in ospedale
il calciatore era vigile
Non ci sono lesioni
agli organi interni
I genitori e la fidanzata
al suo capezzale
insieme alla squadra

di **Franco Vanni**

FIRENZE – Si è fatto lasciare di fronte al pronto soccorso, senza nemmeno indossare la giacca, nella sera fredda di Firenze. «Sono il padre di Bove», ha detto alla polizia schierata a protezione della privacy di suo figlio Edoardo, 22enne romano, centrocampista della Fiorentina. Oltre a papà Giovanni, all'ospedale Careggi sono arrivate subito la madre Tanya, italo tedesca, che aveva auto un mancamento sugli spalti del Franchi, e la fidanzata Martina, che con “Edo” sta dai tempi delle scuole superiori, hanno fatto anche un corso di cucina insieme, progettano il futuro: lei vive fra Roma e Londra, dove studia, ma era al suo fianco a Firenze. Fra gli amici, Leandro Leonardi, presidente della Boreale, la squadra romana della Camilluccia che Bove ha da poco rilevato perché è quella in cui ha iniziato a giocare: Leonardi gli aveva regalato la prima minicar per andare agli allenamenti. E poi i dirigenti e i compagni della Fiorentina, che hanno sciamato in serata in ospedale dopo che in campo avevano circondato e assistito Edoardo nei quattro minuti trascorsi tra il momento in cui è caduto a terra e la partenza dell'ambulanza.

Il referto medico, al momento dell'ingresso in ospedale, parla di un arresto cardiaco dovuto a una torsione di punta. Tecnicamente, un tipo di aritmia in cui il cuore batte in modo rapido e irregolare. Il ragazzo, all'arrivo in pronto soccorso, aveva livelli di potassio basso nel sangue ed era stato defibrillato in ambulanza. Respirava e il cuore batteva. I primi esami a cui è stato sottoposto hanno escluso danni gravi al sistema circolatorio e al cervello. Ed è la buona notizia che chi vuole bene a Edoardo attendeva. Un quadro clinico che il comunicato ufficiale della Fiorentina, scritto in accordo con i medici del Careggi, riassume così: “Edoardo Bove si trova attualmente in sedazione farmacologica ricoverato in terapia intensiva. È arrivato stabile dal punto di vista emodinamico presso il pronto soccorso e i primi accertamenti cardiologici e neurologici hanno escluso danni acuti a carico del sistema nervoso centrale e del sistema cardio respiratorio”.

Al momento del ricovero, è stata segnalata anche una contusione al torace. Un colpo, quindi, che Bove avrebbe ricevuto durante la partita o mentre veniva rianimato: la circostanza è da chiarire. E

anche qualora la botta al petto fosse confermata, una correlazione con l'arresto cardiaco che lo ha colpito sarebbe tutta da dimostrare. Un nuovo bollettino sarà trasmesso oggi dall'ospedale, probabilmente in serata. Quel che è certo, come testimoniato da filmati girati a bordo campo dai tifosi, è che Bove, mentre gli altri calciatori discutevano su un pallone uscito dal campo nell'azione del gol poi annullato a Lautaro, è crollato in terra in avanti privo di sensi in avanti, rovinando sul prato, mentre camminava. La manovra del suo compagno Cataldi, che si è assicurato che la lingua non lo soffocasse, è stata preziosa. Invece il capannello dei giocatori intorno a Bove steso a terra, reazione di protezione nobile ereditata forse dal dramma di Eriksen, è «contrario a



ogni protocollo di soccorso, perché rischia di intralciare l'intervento dei professionisti», nota Maurizio Casasco, presidente della federazione medico sportiva italiana ed europea.

A Bove, in ospedale, ha voluto dare il proprio abbraccio tutta la comunità fiorentina, dalla sindaca Sara Funaro al governatore regionale Eugenio Giani, fino ai tifosi della curva Fiesole, che all'ingresso dell'ospedale hanno esposto lo striscione "Forza Edoardo, Firenze è con te". I vigilantes avevano cercato di farlo rimuovere, è stato un poliziotto a intervenire: "Lasciate lo striscione dov'è, è una

questione di umanità".

È presto per dire se e quando Bove potrà tornare a giocare a calcio, l'attenzione è tutta sul suo recupero fisico. Sarà sottoposto ad altri approfonditi esami, alcuni già oggi, secondo le linee guida del sistema medico sportivo italiano, «le più avanzate al mondo, studiate e imitate ovunque, che hanno portato la mortalità per incidenti in campo a essere di un decimo rispetto alla media dei Paesi del Cio», dice Casasco. Finora tutte le visite a cui Bove era stato sottoposto da professionista, alla Roma

prima e alla Fiorentina poi, non avevano evidenziato anomalie cardiache tali da impedire il tesseramento.



Lo striscione

Tanti tifosi della Fiesole sono accorsi in ospedale per sostenere Edoardo Bove



L'ospedale

Il Careggi di Firenze dista 6 km dallo stadio Franchi



Il medico

“Morti improvvise, lo sport è a rischio i test genetici possono salvare vite”

di Michele Bocci

FIRENZE – Simone Vanni è professore di medicina interna e d'urgenza a Firenze e dirige anche la scuola di specializzazione in medicina dello sport dell'ateneo toscano.

Dottore, ha visto le immagini del malore di Bove, cosa ne pensa?

«Si tratta di un evento cardiologico. Se è stato usato il defibrillatore, c'era un ritmo del cuore irregolare, da trattare con quello strumento. Il giocatore potrebbe avere avuto una delle due aritmie cardiache mortali, o una fibrillazione ventricolare o una tachicardia ventricolare, problemi che possono azzerare la capacità del cuore di pompare».

Possono essere provocate da traumi?

«Anche un trauma toracico serio può dare una così detta contusione miocardica e innescare aritmie».

Nelle prime fasi si è anche parlato di epilessia.

«Una scossa clonica degli arti, cioè involontaria, non vuol dire che si tratti di epilessia».

Nel comunicato di Fiorentina e

Careggi si parla anche di accertamenti neurologici. Perché sono stati fatti?

«Non tutte le morti improvvise sono di origine cardiaca. Può provocarle anche da una emorragia cerebrale, o da una rottura dell'aorta».

Qualcuno ha notato che allo stadio Franchi l'ambulanza non è entrata in campo.

«Non significa niente dove si trovava il mezzo di emergenza, comunque vicino. Il dato importante è che in quattro minuti il giocatore sia stato messo sul mezzo. E poi la cura può iniziare già fuori, con il defibrillatore. Intervenire velocemente è importantissimo. Ogni minuto che passa, se c'è un arresto cardiaco, la mortalità aumenta del 10 per cento. È fondamentale l'utilizzo tempestivo e corretto del defibrillatore».

Gli atleti sono più esposti alla morte improvvisa?

«La morte improvvisa nell'atleta è più frequente, a parità di età, rispetto al resto della popolazione. Lo sforzo

fisico intenso provoca un rilascio di adrenalina che è collegato con l'aumento di probabilità di aritmie».

Eventi del genere sono prevedibili?

«Sì. I controlli sono un'arma importante. Dall'82 in Italia sono obbligatori e la mortalità si è molto ridotta».

Qual è la causa più frequente di morti improvvise nell'atleta?

«Le cardiomiopatie. Quella più diffusa è la ipertrofica, che si vede anche con l'ecografia. Poi ci sono alcune aritmie, come quella che potrebbe riguardare questo caso, non associate ad anomalie anatomiche ma solo a problemi elettrici».

Come si intercettano queste aritmie?

«I test genetici possono rivelarsi decisivi».



Professore
Simone Vanni dirige la scuola di medicina dello sport a Firenze

Lo sforzo fisico intenso provoca un rilascio di adrenalina che fa aumentare la probabilità di aritmie



LA GIORNATA MONDIALE

Allo Spallanzani ecco i farmaci rivoluzionari contro l'Aids

di **Margherita De Bac**

Mentre nel Lazio cresce il numero dei contagi al virus dell'Hiv e le diagnosi sono troppo tardive, allo Spallanzani per la Giornata mondiale contro l'Aids arrivano i nuovi farmaci: basta un'iniezione ogni due mesi per combattere con efficacia la sindrome.

a pagina 5

Aids, un'iniezione ogni due mesi Nuove cure più efficaci in arrivo

Spallanzani, farmaci innovativi contro l'Hiv. Crescono contagi e diagnosi tardive

Non sarà il vaccino, probabilmente, a segnare un passaggio vincente nella storia della lotta all'Aids. Dopo tanti fallimenti, l'ultimo di un «candidato» messo a punto a Boston, ecco uno strumento di prevenzione che traccia una svolta decisiva. È una iniezione da ricevere ogni due mesi in ospedale, a base di una molecola innovativa capace di proteggere dal virus dell'Hiv, l'immunodeficienza acquisita. Siamo nel campo della «profilassi post esposizione», la PrEp.

La novità investe l'Istituto per le malattie infettive Spallanzani che grazie a un accordo col il Sacco di Milano comincerà a somministrare un numero di circa 800 dosi. La ristrettezza del quantitativo è dovuta al fatto che il farmaco, approvato dall'agenzia europea Ema, non ha ottenuto ancora in Italia la rimborsabilità e dunque non è disponibile a pieni ranghi. È la prima applicazione in Italia di una strategia che ha tutte le prerogative per portare lontano e infliggere un colpo pesante a una epidemia in subdolo aumento, soprattutto nel Lazio.

Andrea Antinori, direttore del dipartimento clinico dello Spallanzani, guarda lontano: «Va vista come una rivoluzione. Passiamo da una pillola da prendere una volta al giorno a una terapia iniettiva che ora viene data ogni due mesi e che presto avrà una cadenza semestrale e poi annuale perché sono in arrivo altri farmaci». Sul piano del contenimento dell'Hiv la novità ha ricadute importanti. L'iniezione favorisce l'adesione alle cure in quanto libera dalla pressione di un appuntamento quotidiano. Maggiore aderenza significa più efficacia e riduzione del contagio.

Il programma Spallanzani-Sacco inizialmente coinvolgerà persone omosessuali che per diversi motivi sono state escluse dalla terapia orale gratuita in Italia da maggio 2023 (difficoltà pratiche, intolleranza, bassa aderenza). La «chiamata» riguarda la popolazione cosiddetta a rischio, che ha cioè maggiori possibilità di contagiarsi attraverso rapporti sessuali.

Attualmente le persone in PrEp nel Lazio sono circa 2mila, è la stima di Antinori, ma è probabile che nella real-

tà siano almeno il doppio. La platea «potrà essere ulteriormente allargata a quanti non si sono ancora avvicinati anche fra gli eterosessuali. La percentuale delle donne che hanno aderito è del 2%».

Secondo il rapporto di Seresmi, il centro di epidemiologia del Lazio, nel 2023 l'incidenza delle nuove diagnosi di positività è stata superiore alla media nazionale, i valori più alti tra 25 e 34 anni in netto aumento rispetto all'anno precedente. Quasi l'85% delle nuove diagnosi è attribuibile alla trasmissione sessuale. Il 57% è tardiva, arriva quando la tenuta del sistema immunitario è già in bilico. «Purtroppo i test rapidi sono poco richiesti. Eppure vengono offerti con la garanzia del completo



anonimato e della rapidità», si rammarica Miriam Lichtner, primario del reparto di malattie infettive al Sant'Andrea dove giovedì scorso i test per Hiv, epatite C e sifilide sono stati offerti gratuitamente agli studenti della facoltà di Medicina oltre che ai ricoverati per i quali erano stati programmati prelievi del sangue. L'iniziativa ha avuto molto

successo, ragazzi in fila agli stand. Lichtner insiste: «Nonostante i significativi progressi di cura e prevenzione, l'infezione continua a diffondersi, alimentando stigma e discriminazione. Le diagnosi tardive sono ancora predominanti, spesso a causa della paura o della convinzione di non essere a rischio. Oggi se

scoperta precocemente l'infezione viene trattata in modo efficace. Non c'è ragione di tirarsi indietro».

Margherita De Bac

Va vista come una rivoluzione: passiamo da una pillola una volta al giorno a una terapia iniettiva che ora viene data ogni 2 mesi e che presto avrà una cadenza semestrale e poi annuale
Andrea Antinori



Lo Spallanzani è specializzato nella cura delle malattie infettive



I NODI DELLA SANITÀ

L'infermiere fallo tu Corsi semideserti nelle università romane

*Rivoluzione nelle iscrizioni alle professioni sanitarie
Dalla Cattolica a La Sapienza fino a Tor Vergata
sempre meno studenti scelgono la carriera da paramedico*

••• Crollano le iscrizioni ai corsi universitari di infermieristica. A La Sapienza, su 2.494 posti disponibili, sono state presentate soltanto 1.380 domande. Mentre aumentano le richieste per fare il fisioterapista, la dietista e l'igenista dentale, lavori pagati meglio dell'infermiere e senza turni notturni e festivi. «Per adeguare i nostri stipendi a quelli europei occorrerebbero quattro miliardi di euro», spiega Maurizio Zega, presidente dell'Ordine professionale.

Sbraga e Zavatta alle pagine 16 e 17

CORSIA ADDIO

Cambiano le preferenze degli studenti universitari, è rivoluzione nelle iscrizioni alle professioni sanitarie:

Nessuno vuole fare l'infermiere Boom per fisioterapisti e dietisti

A La Sapienza su 2.494 posti solo 1.380 domande da aspiranti paramedici

ALESSANDRA ZAVATTA
a.zavatta@iltempo.it

••• Nessuno vuole più fare l'infermiere. Ma tutti vogliono iscriversi ai corsi per fisioterapista, dietista, igenista dentale. L'università più grande di Roma, La Sapienza, ha messo a disposizione 2.494 posti per laurearsi in infermieristica per l'anno accademico 2024-2025. Ha raccolto soltanto 1.380 domande. E non è detto che tutti gli aspiranti paramedici riescano a completare gli studi. Non basta la volontà, bisogna pur superare gli

esami. Non lascia adito a dubbi la relazione stilata nella «Conferenza nazionale corsi di laurea delle Professioni sanitarie» e fa intuire la drammatica carenza di operatori che si verrà a creare nei prossimi anni. Nelle corsie degli ospedali, nei pronto soccorso, nelle future Case di comunità. A nessuno piace più fare iniezioni, misurare la pressione, attacca-

re flebo, prendersi cura dei malati. L'infermiere è una professione-base nella sanità. È con l'infermiere che i pazienti si interfacciano, di lui (o di lei) si fidano, si fanno consigliare. È dell'infermiere quella paro-



la di sostegno, quel sorriso, quel gesto d'amicizia che cambia una giornata dove il male sembra prendere il sopravvento. L'infermiere è molto di più di un camice. Ma gli studenti romani non sono più attratti da una professione che è anche (e soprattutto) una missione al servizio di chi soffre.

Se La Sapienza è l'ateneo che ha registrato il calo maggiore rispetto al 2023 (meno 14,4 per cento), non va meglio a Tor Vergata: 947 domande a fronte di 1.015 posti. Stessa storia all'Università Cattolica del Sacro Cuore, che fa capo al policlinico Agostino Gemelli: 429 domande per 438 posti disponibili. La differenza appare esigua nelle nude cifre. Lo scorso anno, però, erano 519 gli aspiranti infermieri e 493 le richieste. Il «successo» del 2022 (741 domande per 493 posti) sembra ormai lontano pure per questo ateneo che garantisce una preparazione di altissimo livello. Soltanto le

università private del Campus Bio-Medico, a Trigoria, e Uni-Camillus, al Tiburtino, hanno registrato un numero di richieste (di poche decine di unità comunque) superiore alle posizioni disponibili. Segno che la disaffezione verso «infermieristica» è una tendenza in crescita. Per questo il ministro della Sanità Orazio Schillaci ha annunciato trattative in corso con l'India, che ha corsi di studio simili all'Italia, per far arrivare sessantamila paramedici. Ma cosa piace ai liceali freschi di diploma che vogliono intraprendere le professioni sanitarie? Il fisioterapista è la professione più gettonata. Per ogni posto disponibile vengono inviate 6,8 richieste. Niente sangue, nessun malato che si lamenta né orari notturni. Al massimo qualche vecchietto da rimettere in piedi dopo l'operazione all'anca, qualche giovanotto reduce da uno scontro automobilistico, qualche professionista dello

sport da rendere di nuovo competitivo. Su 2.822 posti quest'anno sono state presentate in Italia 18.656 richieste. L'84,1 per cento dei fisioterapisti in media trova lavoro entro il primo anno dalla laurea. Meglio va ai logopedisti: l'85,7 per cento ha uno stipendio entro 12 mesi dal termine degli studi. Per questo per ogni posto libero negli atenei si mettono in fila 4,7 giovani, in maggioranza donne. E una professione «al femminile» è la dietista: per ogni posto 3,7 richieste. I fattori «scomodi» sono quasi inesistenti rispetto ai tanti disagi nel fare l'infermiere. Gli orari della dietista sono certi, si può lavorare sia nelle strutture pubbliche che presso aziende private. E consigliare come mangiare per star bene attrae di più, e ha meno responsabilità, che fare un elettrocardiogramma d'urgenza in un pronto soccorso affollato dove la carenza di personale è all'ordine del giorno e

dove il minimo errore può portare ad una diagnosi sbagliata con il rischio di spedire qualche paziente al Creatore. Meglio fare l'igenista dentale. Niente turni festivi e negli studi odontoiatrici si guadagna di più che nella sanità pubblica. Piuttosto che fare l'infermiere molti ragazzi preferiscono diventare osteopata, la novità del momento in tema di professioni sanitarie. Su 70 posti 335 le domande presentate. Va ricordato che a livello nazionale le richieste di ammissione ai corsi di laurea in materia di sanità sono comunque scese dalle 66.686 dello scorso anno alle attuali 64.139.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

6,8

Domande
Presentate per ogni posto disponibile ai corsi universitari per fisioterapisti nell'anno accademico 2024-2025

85,7

Percentuale
Logopedisti che trovano lavoro entro un anno dal termine del percorso di studio. È tra le professioni sanitarie preferite dai ragazzi

In prima linea
Sono sempre meno i giovani che studiano per diventare infermiere. È percepito come un lavoro «pesante» mentre aumentano le iscrizioni ai corsi di laurea per fisioterapisti



L'INTERVISTA

L'allarme di Maurizio Zega, presidente dell'Ordine delle Professioni infermieristiche

«Senza prospettive di carriera e soldi i giovani non arrivano»

«I nostri stipendi sono tra i più bassi dei Paesi europei Per metterli alla pari dei colleghi Ue servirebbero 4 miliardi»

ANTONIO SBRAGA

... «Purtroppo nella società di oggi fa più figo fare l'influencer che l'infermiere». Il calo drammatico nelle iscrizioni ai corsi di laurea in infermieristica preoccupa anche il presidente dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Roma, Maurizio Zega, che avverte sulle ripercussioni paventate dall'intero sistema sanitario e la sua sostenibilità già nell'immediato futuro. Messo a rischio anche dall'età media sempre più alta e dai tanti pensionamenti che non si riescono a rimpiazzare se non grazie all'importazione di professionisti dall'estero (soluzione a cui starebbe già lavorando la giunta regionale).

Per quali motivi c'è questo continuo calo nelle iscrizioni, presidente Zega, considerato che la laurea in Infermieristica è uno dei titoli professionali a riscontrare tra i più alti ed immediati sbocchi occupazionali?

«Sì, suscita anche molto interesse tra i maturandi quando andiamo nelle scuole superiori ad illustrare la nostra professione. Poi, però, spesso scelgono altre strade. Forse perché è proprio la nostra società, ormai, che non tende più ad aiutare l'altro. E l'infermiere proprio quello fa: aiuta i pazienti. E, quindi, ecco

perché fa più figo l'influencer dell'infermiere, a cui peraltro non viene offerta una prospettiva di carriera: resta così fino a 67 anni. Credo, invece, che sia necessario fare un passo avanti sul rispetto del valore sociale della nostra professione, sviluppando le forme di infermieristica specialistica necessarie. Altrimenti rischia di essere vista solo come una professione pesante in organici afflitti da carenze croniche. Il ministro Schillaci ha annunciato la nascita di lauree magistrali ad indirizzo clinico, che sarebbe una buona prospettiva di crescita».

Ma farebbe aumentare anche gli stipendi, che è un altro dei problemi alla base di questa crisi di vocazioni?

«Quello è un altro tasto dolente, perché i nostri stipendi sono di oltre mille euro al mese in meno rispetto a Francia e Germania, per non parlare della Svizzera. Ma per parametrare gli stipendi dei 380 mila infermieri italiani servirebbero quattro miliardi, che non ci sono per tutti. Però almeno il riconoscimento delle competenze bisognerebbe farlo. Oltre che un investimento certo per tamponare la fuga dei centomila infermieri che andranno in pensione entro il 2033 in tutta Italia».

E come farà il Lazio, che è la seconda Regione con gli infermieri più anziani?

«Il presidente Rocca sta cercando di trovare soluzioni, anche all'estero

come annunciato dal ministro Schillaci con i colleghi indiani. Fanno bene, perché bisogna tamponare l'emorragia, ma nel Lazio mancano cinquemila infermieri, che arriveranno a settemila quando si apriranno case e ospedali di comunità, che sono a gestione infermieristica».

Ma le assunzioni dopo i due recenti concorsi non hanno abbassato il fabbisogno?

«Purtroppo no, perché tra i novemila idonei in graduatoria nel concorso dell'Asl Roma 2, ad esempio, non ce n'è uno non sia già occupato. Quindi c'è solo una transumanza tra le varie aziende, però la coperta rimane corta e lascia più o meno gli stessi buchi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una vita in corsia

Maurizio Zega, presidente dell'Ordine delle Professioni infermieristiche di Roma



QUANDO I NUMERI FANNO LA DIFFERENZA

Nel Lazio per i paramedici età media tra le più alte d'Italia: 47 anni. E intanto la Asl Roma 2 assume 271 giovani da collocare in tredici aziende

Operatori sanitari vecchi e con troppi pazienti a cui badare

••• Oltre alla crisi delle vocazioni tra i giovani, c'è anche un invecchiamento progressivo che incombe negli organici infermieristici: a Roma e provincia hanno l'età media tra le più alte d'Italia (circa 47 anni).

E il Lazio da diversi anni risulta anche, insieme alla Campania, la Regione con il più alto numero medio di pazienti per ogni infermiere (quindici) a fronte di una media nazionale di undici. Mentre lo standard previsto dal rapporto ottimale sarebbe di un infermiere ogni sei pazienti.

Negli ultimi mesi sono state effettuate assunzioni e stabilizzazioni ed altre ne sono programmate. Soprattutto attingendo nelle graduatorie dei tre grandi concorsi. Dopo oltre due anni l'Asl Roma 2 nell'ottobre del 2023 ha finalmente approvato gli atti di quello bandito nel luglio 2022, per 271 posti di infermiere in tredici aziende (9.054 idonei gli idonei in graduatoria).

Nel luglio scorso, invece, altri 1.468 idonei si sono «utilmente collocati» nella graduatoria dell'Ares 118 dopo l'assunzione dei 50 vincitori di un altro concorso bandito nel luglio 2022. Graduatorie attese da varie aziende, come il policlinico Tor Vergata (Ptv), ad esempio, dove nel giugno scorso pur di «scongiurare la chiusura dei servizi e mantenere in essere le attività sanitarie soprattutto nel periodo estivo, in cui già la pianificazione delle ferie riduce notoriamente il contingente di personale in forza», avevano dovuto ingaggiare per tre mesi infermieri da un'agenzia interinale. Perché, a fronte di una «carenza di personale infermieristico in tutto il policlinico», l'azienda aveva dovuto prendere atto della «indisponibilità di graduatorie utili in tutta la Regione Lazio».

E ora, dopo ben quindici mesi dall'indizione del concorso per 485

posti complessivi di operatore socio-sanitario (Oss), sempre Tor Vergata ha avviato «la trasmissione della graduatoria finale approvata alla Regione» con 7.136 candidati ammessi per queste figure che affiancano gli infermieri nei Pronto Soccorso e nei reparti di degenza, fornendo assistenza ai pazienti totalmente o parzialmente non autosufficienti.

ANT. SBR.

485

Posti
Messi a concorso dal policlinico di Tor Vergata per gli operatori socio-sanitari



FANALINO DI CODA

Sempre meno le richieste per i lavori dove è necessaria una preparazione più tecnica

Futuro nero per ortottisti e podologi

••• Se per gli infermieri c'è una crisi di «vocations», per gli audiometristi e gli ortottisti l'orizzonte è nerissimo. Sono lavori che i giovani romani non vogliono più fare. Sono le professioni meno richieste insieme a terapeuta occupazionale, tecnico audioprotesista, tecnico ortopedico e assistente sanitario. Per ogni posto disponibile nei corsi di laurea specifici le domande presentate oscillano tra lo 0,4 e lo 0,5 per cento. Praticamente le posizioni offerte sono quasi il doppio di quelle richieste. Sono professioni, che forse ingiustamente, hanno poco appeal. Comunque l'assistente sanitario, che vanta il non invidiabile posto in fondo alla classifica, ha buone prospettive perché nel 2022 il 74,8 per cento di coloro che hanno terminato gli studi ha trovato lavoro entro un anno. Almeno stando al report stilato dalla «Conferenza nazionale corsi di laurea delle Professioni sanitarie». Per quei lavori dove occorre impegnarsi molto e avere conoscenze tecniche approfondite il crollo di domande è più elevato. Po-

trebbe sembrare una fuga dalle responsabilità da parte di chi ha deciso di lavorare nella sanità ma vuole soldi facili e prospettive di carriera. Da non mettere in secondo piano anche la «passione», che forse viene meno di fronte ad alcuni lavori, se non si è proprio «portati per la materia», come si diceva un tempo. Fare il tecnico di laboratorio e, ad esempio, analizzare i campioni di sangue prelevati ai pazienti, è un lavoro utile, ricercato dalle aziende private così come dagli ospedali ma è uno di quei settori dove l'offerta è carente. Seppure più del 74 per cento degli studenti trova impiego pochi mesi dopo il termine del percorso di studi. Non va meglio ai podologi e ai neurofisiopatologi.

0,5

Percentuale
Di domande
presentate per
ogni posto di
tecnico ortopedico
L'offerta
è il doppio
della domanda

