



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

25 Ottobre2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Trapianto fegato, a Frosinone centro valuterà pazienti



(ANSA) - ROMA - Creare nella casa di cura del gruppo Ini Città Bianca di Veroli (Frosinone) una struttura ad hoc che prenda in carico il paziente bisognoso di trapianto di fegato per assisterlo a 360 gradi indirizzandolo verso centri idonei al fine di essere inserito in liste di attesa compatibili con l'attesa legata alla gravità della patologia e di arrivare con maggiori possibilità alla guarigione: è l'obiettivo dell'innovativo progetto presentato nei giorni scorsi nel corso della conferenza 'Come e quando riferire un paziente al Centro Trapianto di Fegato e come instaurare il co-management successivo'.

A presiedere i lavori Stefano Ginanni Corradini, professore associato di Gastroenterologia, responsabile Lista d'attesa del trapianto di fegato, Università La Sapienza - Policlinico Umberto I di Roma. L'evento ha evidenziato come sia vicino l'avvio, nella casa di cura in provincia di Frosinone, di un ambulatorio dedicato alla puntuale valutazione di pazienti candidabili a trapianto.

Si stima che sono oltre 1000 in Italia i pazienti interessati al trapianto di fegato (fonte Centro Nazionale Trapianti, anno 2021). Ma se questo è il dato dei pazienti già inseriti in lista d'attesa, molti



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

ancora sono coloro che potrebbero giovare del trapianto ma non vengono riferiti affatto ai centri trapianto oppure vengono inviati troppo tardi. Ed è per questo che riveste una grande importanza il progetto avviato a 'Città Bianca'. "Il trapianto di fegato - spiega Corradini - è una cura eccezionale per i giusti pazienti correttamente inquadrati, con risultati molto efficaci e con grandi benefici per coloro che affetti da cirrosi epatica e tumore primitivo del fegato. Purtroppo non tutti i pazienti che potrebbero beneficiare di questa terapia vengono correttamente inviati ai centri trapianto. È fondamentale la collaborazione con le strutture territoriali, come Città Bianca, con cui stiamo avviando un progetto comune e implementando delle metodologie per fare in modo che tutti i cittadini che soffrono di queste patologie, possano nel futuro più prossimo accedere nel modo idoneo al trapianto di fegato".

La sanità

“Prima le liste d’attesa” Ma il ministro Schillaci è già nel mirino No Vax

In passato l'ex rettore si disse favorevole a mascherine e Green Pass
Il malcontento sui social: “Sarebbe stato meglio tenersi Speranza”

di **Michele Bocci**

Recuperare l'attività sanitaria perduta a causa della pandemia, in particolare quella destinata ai malati oncologici e cronici. È questa una delle priorità del nuovo ministro alla Salute, l'ex rettore di Tor Vergata Orazio Schillaci. Ma a bussare alla sua porta ci sono già anche le Regioni, che in un documento chiedono tra l'altro fondi (fino a 15 miliardi) per le spese dell'energia e i costi extra del Covid e indicazioni su come devono proseguire le strategie di contrasto alla pandemia. Proprio su questo punto sono arrivati i primi attacchi al nuovo responsabile della sanità.

I No Vax sono partiti con le critiche quando hanno realizzato che in quanto medico, ricercatore e pure rettore è un membro a pieno titolo della comunità scientifica (alla quale tra l'altro dovrà tornare al termine del mandato) e non può non credere nel vaccino. Sono state anche tirate in ballo alcune sue vecchie dichiarazioni a favore del Green Pass per gli studenti, delle mascherine e appunto dei medicinali per prevenire il Covid che hanno alimentato il malcontento sui social e i media presidiati dai nemici del «siero» che evidentemente si aspettavano una figura diversa dal governo di centrodestra.

«A questo punto tanto valeva accontentare Berlusconi e Ronzulli. Oppure tenersi Speranza», dice sconsolata una utente di Twitter. Anche il fatto che proprio l'ex ministro abbia nominato il professore nel Comitato scientifico dell'Istituto superiore di sanità è visto come una macchia sul curriculum. Anche perché qualcuno scambia quell'incarico con il Cts per la lotta al Covid, circo-

stanza che ieri dal ministero hanno dovuto addirittura smentire.

Ieri mattina Speranza e Schillaci si sono incontrati per il passaggio di consegne. Hanno parlato a lungo dei problemi principali. In testa ci sono certamente le risorse da assicurare alla sanità per reggere non solo alle spallate del Covid ma anche a quelle dei costi energetici. Sulla vaccinazione molto probabilmente si continuerà sulla strada tracciata, quella della protezione dei fragili in una fase in cui la pandemia è in discesa. Il nuovo ministro comunque deve ancora studiare i dossier e fare alcune nomine. Eponenti della maggioranza gli avrebbero suggerito di praticare lo spoils system.

Schillaci ha dato una prima idea di come vuole avviare il suo mandato. In una breve dichiarazione al Tg3 del Lazio ha spiegato che «la salute dopo la pandemia è tornata al centro dell'attenzione». C'è stata una sospensione del lavoro, come ormai è chiaro a tutti. Del resto, gli ospedali e in generale i servizi impegnati sulle persone colpite dal Covid hanno dovuto ridurre l'assistenza per le malattie di altro tipo.

«La pandemia ci ha fatto trascurare tanti altri aspetti, e questo è normale», ha aggiunto. Il suo quindi non è un inizio all'insegna della discontinuità, come del resto si è capito anche nel colloquio di ieri con il suo predecessore. «Abbiamo pazienti oncologici e con patologie croniche - ha aggiunto - e dobbiamo ridare impulso a quello che in questi anni a causa della pandemia non è stato fatto». Schillaci, 56 anni, in quanto medico nucleare, ha evidentemente ben chiari i problemi dei malati di cancro.

C'erano timori nel mondo della sanità prima della scelta del ministro.

Alcuni avevano paura di un nome che non desse abbastanza garanzie sulla centralità del sistema pubblico o che avesse posizioni poco convincenti sui vaccini. La scelta di Schillaci, che avrebbe subito incontrato il favore del presidente Sergio Mattarella, ha così fatto tirare un sospiro di sollievo a molti. E in questi giorni sono arrivate decine di comunicati di soddisfazione da parte di società scientifiche, ordini, università, sindacati. Anche al netto di un po' di piaggeria, inevitabile quando il potere passa di mano, si tratta di un riconoscimento importante. Il mondo della sanità pare compatto ma adesso andrà visto quanto peserà Schillaci nel governo. Senza finanziamenti adeguati è difficile far funzionare il settore, tanto più in una fase di difficoltà come questa.

I numeri

15 mld

I soldi per i prossimi 3 anni

Con il Def e il NadeF attuale, secondo le Regioni, mancheranno 15 miliardi da qui fino al 2025

9 mln

I non vaccinati

Sono circa il 15% del totale gli italiani vaccinabili che non hanno fatto nemmeno una dose di vaccino. Altri 10 milioni non hanno fatto la terza dose



SALUTE, DOSSIER APERTI

Cure, assunzioni
e tariffe: le spine
del prof. Schillaci

► MANTOVANI A PAG. 14

IL DOPO SPERANZA • I dossier aperti al ministero della Salute

Cure, assunzioni, Regioni e tariffe: le spine di Schillaci

» **Alessandro Mantovani**
C'è il caso della procreazione assistita, quello dello screening neonatale che consente di identificare malattie come la Sma (atrofia muscolare spinale), quello dei test genetici per i tumori al seno, quello delle protesi acustiche. Sono alcuni dei nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza che il Servizio sanitario nazionale - pubblico e in convenzione - deve garantire: il loro aggiornamento risale al 2017 ma dal 2018 non ci sono ancora le tariffe, cioè le somme che lo Stato paga per ogni prestazione. Quindi le Regioni vanno ciascuna per conto proprio, quelle ricche del Nord meglio di quelle povere del Sud, tra le proteste delle associazioni dei malati. Antonio Gaudioso, capo della segreteria tecnica del ministro uscente Roberto Speranza, ci ha lavorato fino all'ultimo, anche riscrivendo il decreto. Tutto inutile.

IL 28 SETTEMBRE nell'ultima riunione le Regioni hanno chiesto ancora tempo per studiare l'impatto finanziario del provvedimento. Non è stato formalizzato il "no" ma chiedono più soldi, circa 3-400 milioni e cioè quasi il doppio di quelli stanziati. Alcune, Lombardia in primis, hanno anche interes-

se a mantenere alto il volume delle prestazioni erogate - per lo più da privati convenzionati - ai cittadini di fuori Regione, un business da oltre 4 miliardi di euro l'anno su un Fondo sanitario nazionale di circa 120; altre, l'Emilia-Romagna in testa, sottolineano l'ulteriore aggravio dovuto ai costi energetici che a fine anno può portare il deficit complessivo a 5 miliardi. Il ministero dal canto suo ha fatto valere che le Regioni ricevono nel complesso 380 milioni di euro l'anno da sei anni per i nuovi Lea. Li hanno attuati? Come li hanno attuati? Non si sa. Non sono ancora pubblici i dati del 2020 e del 2021.

Lo ricordava giovedì scorso Tonino Aceti, presidente di Salutequità, commentando la Relazione sullo stato sanitario del Paese 2017-2021, pubblicata dopo otto anni di silenzio: "Lasciare indietro documenti ufficiali come questi incide sulla corretta capacità di programmazione del Ssn. È necessario pubblicare anche i dati (con il dettaglio regionale) sulla garanzia dei Lea 2020-2021, quelli sullo stato di attuazione dei Piani regionali di recupero delle liste d'attesa e approvare il decreto tariffe per l'attuazione dei nuovi Lea del 2017". È già tutto sul tavolo del neoministro della Salute a cui Speranza ha passato ieri le consegne, Orazio Schillaci, docente di Medicina

nucleare e presidente della relativa società scientifica, rettore dell'Università di Roma Tor Vergata dal 2019. È un tecnico scelto da Fratelli d'Italia senza appartenenze politiche note, che gode di stima trasversale ma chissà se avrà il peso, il mandato e soprattutto i soldi per frenare il declino del Ssn e la galoppante privatizzazione delle cure. Speranza, in parte anche prima del Covid con il Conte-1, qualche miliardo in più l'ha ottenuto. Il tecnico Patrizio Bianchi per la scuola no.

A Schillaci toccherà anche l'attuazione del Pnrr e in particolare la nuova sanità territoriale, sempre che Giorgia Meloni non mandi tutto all'aria: dall'Ue arriveranno i soldi per le case e gli ospedali e di comunità che dovrebbero alleggerire il carico sul sistema ospedaliero, ma nessuno lavorerà nelle nuove strutture se non ci sarà l'accordo (sfiorato da Speranza) con i medici di famiglia e



non verrà meno il tetto alle retribuzioni. Al neoministro, peraltro, toccheranno anche le altre emergenze, dai Pronto soccorso al collasso alle liste d'attesa che scoppiano. E le politiche anti-Covid. Negli anni della pandemia la spesa sanitaria pubblica è cresciuta, ma le tabelle del governo Draghi prevedono che torni a scendere verso il 6 per cento del Pil anziché avvicinarsi al 9-11 per cento dei Paesi europei più virtuosi. "Il governo e Schillaci iniziano un cammino in salita tra guerra, recessione e inflazione, con la riduzione programmata della spesa sanitaria, un Pnrr molto discusso e una situazione complessa con le Regioni che non vedono l'ora di togliere poteri al governo", osserva Ivan Cavicchi, che proprio a Tor Vergata

insegna Sociologia dell'organizzazione sanitaria e Filosofia della medicina, già responsabile sanità della Cgil e direttore di Farindustria ai tempi del primo governo Prodi, in questi anni molto critico (da sinistra) sulla gestione Speranza. "Schillaci? Ottimo come medico, professore e rettore, ma i ministri tecnici non hanno mai fatto grandi cose alla Sanità".

LA RELAZIONE sullo stato sanitario del Paese è sconcertante. Conferma la riduzione della speranza di vita: meno 1,3 anni per gli uomini (da 81,1 nel 2019 a 79,8 nel 2020) e meno 0,9 per le donne (da 85,4 a 84,5), recuperati in buona parte al Nord nel 2021 ma non al Sud e nemmeno al Centro. La partecipazione agli screening oncologici

è scesa tra il 10 e il 20 per cento, quindi aumenteranno i tumori scoperti in fase più avanzata. Torna a crescere il tasso di rinuncia alle cure. Ma i numeri nazionali contano poco, siamo un Paese in cui la Campania (dati 2019) ha una mortalità cosiddetta evitabile (dovuta cioè agli stili di vita e alle carenze di prevenzione e trattamenti) di oltre il 20 per cento, mentre al Nord è sotto il 15.

Sanità malata Aceti (Salvequità): "Mancano i dati sulle prestazioni erogate nel 2020 e 2021". Cavicchi (Tor Vergata): "I tecnici non hanno mai fatto granché"



MEDICO NUCLEARE RETTORE DI TOR VERGATA

ORAZIO Schillaci, 56 anni, dal novembre 2019 è Rettore dell'Università di Roma "Tor Vergata". È stato preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, e professore ordinario di Medicina Nucleare sia nel corso di laurea in Medicina e Chirurgia che nel corso di laurea in TRM (Tecniche di radiologia medica). È presidente dell'Associazione Italiana di Medicina Nucleare





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA PANDEMIA

Covid, ancora giù i contagi e i decessi (da 52 a 39) Gli esperti: ma ora basta col bollettino quotidiano

VITO SALINARO

Continuano a scendere le infezioni da Sars-Cov-2 nel nostro Paese. Ieri si sono contati 11.606 nuovi casi, con il tasso di positività passato dal 15,8% di domenica al 14,4%. Anche le vittime sono in calo e passano da 52 a 39: dall'inizio della pandemia i decessi sono stati 178.633. Negli ospedali sono ricoverati 226 pazienti in terapia intensiva (-3) e 7.124 persone negli altri reparti (+107).

Proprio sulla comunicazione dei dati quotidiani, però, scoppia la polemica. «Basta col bollettino dei morti di Covid», tuona il direttore generale dell'Irccs Spallanzani di Roma. L'aumento dei decessi «non mi preoccupa affatto - dice -. In questo momento non vi sono assolutamente elementi di allarme, con buona pace di chi continua a terrorizzare e a profetizzare sciagure, facendo un danno incalcolabile al Paese, so-

prattutto ai più giovani. È tempo di fare un'analisi coraggiosa. In Scozia l'hanno fatto, ad esempio, ed è stato stimato che circa la metà delle morti in persone infettate dalla variante Omicron non fosse dovuta a Covid». Con Vaia si schierano molti esperti: tra loro, l'epidemiologo Pier Luigi Lopalco, docente di Igiene all'Università del Salento, Matteo Bassetti, direttore della Clinica di malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova, l'immunologo Mauro Minelli, la direttrice del laboratorio di Microbiologia clinica, virologia e diagnostica delle bioemergenze dell'ospedale Sacco di Milano, Maria Rita Gismondo («i bollettini giornalieri avrebbero dovuto stopparli già da tempo ed eliminarli; sarà la prima cosa da fare per risvegliare la gente da questo incubo sociale»).

Per lo psichiatra e co-presidente della Società italiana di neuropsicofarmacologia, Claudio Mencacci, «il bollettino "di guerra" quotidiano Covid, pur ricordando sempre che è ancora necessario mantenere alta la guardia contro il virus, rischia di diventare un generatore di paura e non di prudenza. A questo punto - continua -

può essere utile toglierlo, sempre a patto che vengano promossi comportamenti prudentiali, come la mascherina in posti chiusi e affollati, e la vaccinazione». Un fenomeno che va evitato, «è quello che induce alla ricerca esclusiva delle brutte notizie. Se favoriamo la ricerca delle informazioni negative, si genera una sensazione di iper-allerta».

Sul tema si espresso anche Walter Ricciardi, docente di Igiene all'Università Cattolica: «È una questione di comunicazione. La sorveglianza sanitaria e l'acquisizione dei dati sono fondamentali, così come la trasparenza dei dati che devono essere accessibili a tutti. Ma il come comunicarli e spiegarli è una scelta del Governo e delle istituzioni. L'importante è che tutti gli attori coinvolti possano accedere alle informazioni».



COVID SCADE IL CONTRATTO DEL NUMERO VERDE 1500, A RISCHIO I LAVORATORI ALMAVIVA

Il telefono tace, 500 posti in bilico

» Roberto Rotunno

Fondamentali per due anni nella gestione della pandemia, oggi rischiano il posto di lavoro. Dal 2020 hanno risposto alle chiamate di chi chiedeva informazioni su tamponi, vaccini e green pass, ma dal 31 ottobre diventeranno "esuberanti". Sono gli oltre 500 operatori del 1500, servizio telefonico di informazioni gestito per conto del ministero della Salute dall'azienda Almaviva. Operano nelle sedi di Milano, Napoli, Catania, Palermo e Rende (Cosenza). Tra una settimana scadrà l'ultima proroga del contratto di appalto e ancora non è chiaro che cosa accadrà. Il nuovo ministro Orazio Schillaci si è insediato da due giorni e non è in grado di dire quale deci-

sione sarà presa. Il 13 ottobre il dipartimento della Protezione Civile ha autorizzato il ministero a prorogare ancora la commessa fino al 31 dicembre, con una spesa di quasi 670 mila euro, ma questo - se confermato - sarà solo un rinvio del problema di soli due mesi. La vera questione da sciogliere è se bandire, anche dopo l'eventuale mini-proroga, un'altra gara per dare continuità al servizio e soprattutto quanti posti di lavoro potranno essere salvati. Perché oggi i volumi di telefonate sono nettamente più bassi rispetto al 2020 e al 2021, e già da giugno questi addetti sono in cassa integrazione straordinaria all'80%.

In estate il governo stava valutando di bandire la gara, ma il ministero aveva espressamente detto che probabilmente non sarebbe stata applicata la clausola sociale. Non era, quindi, assicurato ai lavoratori Almaviva di essere

riassorbiti tutti, e alle stesse condizioni, dall'impresa che subentrerà nell'appalto per il 1500. In Almaviva è già in corso un piano di uscite incentivate, frutto di un accordo con i sindacati delle comunicazioni di Cgil, Cisl e Uil, un modo cioè per rendere "meno" traumatici i licenziamenti. Chi lascerà spontaneamente l'azienda riceverà tra i 9 e i 12 mila euro. Questo taglio non riguarda solo i lavoratori del call center 1500, ma anche quelli che oggi sono privi di commessa, pure quelli che hanno rifiuta-

to il passaggio alla nuova azienda in caso di cambio d'appalto, per un totale di 734 persone. Negli ultimi anni Almaviva ha perso i contratti con Sky, Fastweb, Wind, Ita, Gestore

servizi energetici e Tim. In dieci anni, ha scritto l'azienda nell'accordo sindacale, il fatturato del settore *inbound*, cioè dei servizi che prevedono telefonate in entrata, si è ridotto del 68%. Secondo il collettivo *Almaworkers*, il ministero, non chiarendo le intenzioni sul futuro dell'appalto, si sta rendendo "complice dei licenziamenti". "Di questo - proseguono - dovrà rendere conto ai lavoratori e alle lavoratrici".



L'ANAAO A RADIO 24

Medici: le tre priorità per rilanciare le cure Ssn

«I problemi della Sanità pubblica si possono risolvere se si investe sui professionisti all'interno del sistema salute». Così ieri il segretario Anaaao Assomed (la principale sigla sindacale degli ospedalieri), Pierino Di Silverio - intervenendo a «Effetto Giorno» il programma di Radio 24 Il Sole 24 Ore - ha ribadito le tre azioni da cui anche il nuovo Governo deve partire per risolvere i problemi legati all'abbattimento delle liste d'attesa, alla insufficienza di personale, alla crisi dei Pronto Soccorso. La prima azione punta a creare un nuovo modello di gestione integrata delle cure fra professionisti, cure primarie e cure ospedaliere. Quindi centrato sul professionista e non sull'economia. A tal proposito è necessario superare i dettami della legge n. 502/92 «rendendosi conto che non si può dare un

tempo e un costo alle cure».

Poi come seconda azione va favorita la carriera del professionista medico e sanitario. Infine è necessario depenalizzare l'atto medico: «In questo momento, di fatto, - ricorda l'Anaaao - il professionista è sottoposto a tre diversi tribunali e questo si configura come una spada di Damocle che influisce inevitabilmente sul rapporto medico-paziente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

INTEGRAZIONE

**Serve una
maggiore
integrazione
tra le cure
ospedaliere
e quelle
sul territorio**



L'Inps detta i tempi per usufruire dell'agevolazione del dl 228/2022

Bonus psicologo in arrivo

Procedura per prenotare le sedute dall'8/12

DI DANIELE CIRIOLI

Dall'8 dicembre i cittadini potranno avvalersi del bonus psicologo Covid. Da tale data l'Inps renderà disponibile la procedura per la prenotazione delle sedute di analisi nei 180 giorni di tempo che hanno disposizione. Fino ad allora, l'ente di previdenza effettuerà i controlli delle domande cui seguirà, entro il 7 dicembre, l'approvazione e pubblicazione della graduatoria dei beneficiari. A spiegarlo è lo stesso Inps nel messaggio 3820/2022.

Bonus psicologo. È stato introdotto dal dl 228/2021 convertito dalla legge 15/2022 per sostenere le spese di assistenza psicologica dei cittadini che, nel periodo della pandemia e della correlata crisi economica, hanno visto peggiorare depressione, ansia, stress e fragilità psicologica. Regioni e province autonome possono erogare, ai soggetti che ne facciano richiesta, un contributo per sostenere le spese relative a sessioni di psicoterapia presso specialisti privati iscritti come psicoterapeuti all'albo psicologi.

Il bonus è parametrato all'Isee: la misura massima è 600 euro se l'Isee non arriva a 15mila euro; se l'Isee è superiore e fino a 30mila euro, è di 400 euro; di 200 euro se l'Isee supera i 30mila ma non i 50mila euro.

Stop alle domande. È spirato alle ore 23:59 di ieri il termine per presentare le domande di contributo all'Inps, da parte dei cittadini in possesso di specifici requisiti e condizioni, tra cui avere, al momento della presentazione della domanda, la residenza in Italia e un Isee, in corso di validità, ordinario o corrente, fino a 50.000 euro.

I controlli. Dal 1° novembre, l'Inps ha 30 giorni per svolgere l'istruttoria centralizzata delle istanze. Entro tale termine, va effettuato anche il riesame delle domande presentate con Isee incompleto e/o difforme, con eventuale regolarizzazione da fare entro 30 giorni dal termine di presentazione delle domande.

La graduatoria. Completati i controlli, entro il 7 dicembre l'Inps ufficializzerà l'approvazione delle graduatorie di assegna-

zione del beneficio, tenendo conto dei fondi disponibili, provvedendo a comunicarlo anche agli interessati. Dal giorno di pubblicazione delle graduatorie decorre, per i beneficiari, il termine di 180 giorni a disposizione per la fruizione del bonus e per sostenere le sessioni di psicoterapia.

La fruizione. Dall'8 dicembre l'Inps renderà disponibile, online, una procedura per le prenotazioni delle sedute e per le comunicazioni di conferme da parte dei professionisti interessati. Per questo, con successivo messaggio, l'Inps fa riserva di pubblicare nuove e specifiche istruzioni destinate ai professionisti.

—© Riproduzione riservata—

Timing del bonus

1° novembre	L'Inps avvia i controlli sulla domande
7 dicembre	L'Inps, conclusi i controlli, ufficializza la graduatoria dei beneficiari
8 dicembre	I beneficiari possono prenotare le sedute sfruttando il bonus psicologo



L'allarme della sinistra: "Nelle regioni dove governa la destra ci sono ostacoli organizzativi e sanitari per chi intende interrompere la gravidanza"

Roccella e l'aborto, le donne non si fidano "La destra non provi a sabotare la legge"

IL CASO

MARIA BERLINGUER
ROMA

Vigile sorveglianza. È questo l'atteggiamento delle donne rispetto alla legge sull'aborto che la destra dice di non voler toccare ma applicare nella sua prima parte. E le parole rassicuranti di Giorgia Meloni e della neo ministra Eugenia Roccella non bastano a tranquillizzare. «No, non c'è da fidarsi e la prova è che nelle Regioni dove governano hanno posto ostacoli organizzativi e sanitari per rendere praticamente impossibile abortire», racconta Betta Piccolotti, neo parlamentare di Sinistra Verdi. «In Umbria e nelle Marche la pillola Ru486 non viene distribuita nei consultori che per altro sono stati in gran parte smantellati. In molti ospedali non viene più erogato il servizio e chi ha bisogno di abortire è costretto a rivolgersi altrove. Quindi può darsi che Giorgia Meloni non

voglia cancellare la 194 limitandosi a non farla applicare. E c'è poi la questione della presenza all'interno di consultori e ospedali del Movimento per la vita che esercita pressioni sulle donne», aggiunge Piccolotti, che con il marito Nicola Fratoianni vive a Foligno, in provincia di Perugia. Il modello del governo restano Paesi come Ungheria o Polonia.

Preoccupazione è espressa anche da Valeria Fedeli, scettica sul quel «non la tocchiamo» ribadito tanto da Eugenia Roccella che da Giorgia Meloni. «Ci sono tanti modi per sabotare una legge. Dicono vogliamo applicare tutta la 194, ovvero la prima parte, quella dei consultori, che storicamente è stata molto limitata. Bene, sono d'accordo, intensifichiamo i consultori però nello spirito della legge, non per mettere in discussione la libertà di una donna di scegliere se diventare madre», dice Fedeli. Per l'ex par-

lamentare Pd, «i consultori intanto dovrebbero distribuire gratuitamente la Ru486 per prevenire l'aborto e poi si faccia una campagna educativa nelle scuole per informare le ragazze e i ragazzi sulla contraccezione. Temo però che con questo governo l'appello resterà lettera morta». «Abbiamo difeso i diritti che la destra oggi mette in discussione, come quello sull'aborto. Nonostante Meloni e Roccella tentino di tranquillizzare, è evidente che dove governano, in Italia e nel mondo - perché Meloni è rappresentante di una destra che, in alcuni Paesi, si mostra retriva sui diritti delle donne -, quei diritti sono rimessi in discussione», avverte Antonella D'Elia, che propone un lavoro e una battaglia da fare anche in Parlamento. «Occorre organizzare l'opposizione, in Parlamento e nel Paese. Abbiamo l'opportunità di fare una discussione vera, dall'opposizione», spiega. Ste-

fano Fassina si schiera con Eugenia Roccella e chiede di aprire una discussione. «Da Eugenia Roccella un invito a una discussione seria (andare oltre il fuorviante titolo) non sulla legge 194 da preservare e applicare in pieno, ma sull'amara verità della sinistra che sostiene il liberismo procreativo», scrive su Twitter l'ex parlamentare di Sinistra Italiana. Subito rintuzzato da Daniela Ranieri: «Non è seria, il titolo è giusto e non si capisce cosa c'entri il liberismo procreativo», ribatte. Ma Fassina insiste: «Il titolo è fuorviante perché nasconde il punto principale: l'aborto come potere iscritto nel corpo della donna. Il liberismo procreativo della sinistra c'entra perché Roccella invita a riflettere sulla rivoluzione antropologica e sulle nuove forme di patriarcato. Discutiamone». —

La ministra ha chiarito: non avrei nemmeno il potere di modificarla

Piccolillo (Sinistra Verdi): "In Umbria e Marche consultori smantellati"

L'intervento su «La Stampa»: non cambieremo la 194

LA LETTERA

Eugenia Roccella

Ho imparato dal femminismo che l'aborto non è un diritto

La nuova ministra della Famiglia replica all'articolo di Lipperini: ma non cambieremo la 194. Meloni lo ha ripetuto fino alla nausea

Con un direttore, Loredana Lipperini ha inteso dire la sua. In un'intervista, ha detto: «L'aborto, è un diritto». Un libro del 1975, con la prefazione di Adèle Paoletti, curato da me. Anche lì, ho convenuto, ma era solo una copia molto scappata. Scappata perché all'epoca ho pensato cento volte, a separare che nella sopravvivenza del proprio corpo, governo essere degli altri, accento che cominciano a ri-velare alla musica della femminilità in modo magico. L'aborto non è un diritto. Era un libro politico, certo, ma era un libro militante. Rimasto dal Movimento di Liberazione della Donna, di cui ero la



«Ho scritto un libro con Eugenia Roccella, ministro della Famiglia della Natalia e della Pari Dipendenza. Ho la copertina del libro "L'aborto, accento" da rivendere nel 1975, con un progetto di lei. Che non dimentico».

digna della collettività. Dico: non farò per bastarla solo di fronte a una legge che non è un diritto di decidere. Ci sono scusi per fare tante, ma non è questo il punto. Il punto è: si può aprire una riflessione sulla riduzione antropologica, magari anche fare che del mio pensiero, su quali siano oggi gli obiettivi delle donne, sono intervenuti dietro logiche di schiavismo e accento. Anzitutto, farla e a volte offrendo? Capirei più anche del Paoletti, una delle anime».

Ex attivista Eugenia Roccella, nuova ministra per la Famiglia, la Natalia e le Pari opportunità nel governo Meloni



PH: G. B. / CONTRASTO

Su *La Stampa* di ieri, l'intervento della ministra Eugenia Roccella in risposta all'articolo del giorno prima di Loredana Lipperini («Dicci la verità sull'aborto»): «Ho imparato dal femminismo che l'aborto non è un diritto - così Roccella -, ma non cambieremo la legge 194».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'INTERVISTA

Roccella: famiglia basta pregiudizi Uniti sulla natalità

La nuova ministra: chi mi attacca non mi conosce. La denatalità è un dramma, politiche demografiche non sono "mussoliniane". Applicare la prima parte della 194 questione di equità.

Picariello

nel primopiano a pagina 8

Roccella: «Chi mi attacca non mi conosce Dialogo aperto per migliorare l'Assegno»

ANGELO PICARIELLO
Roma

Chi conosce Eugenia Roccella sa che è donna amante del dialogo, che preferisce parlare di questioni concrete, più che di ideologia. E tuttavia la sua nomina è stata accostata a un'idea di "oscurantismo" omofobo e bigotto. «Vedo una ostilità preconcepita in certe prese di posizione. La mia storia dice altro - rivendica -, è una storia di laicità, sempre dalla parte delle donne».

Se l'aspettava questa nomina? Quando e perché Giorgia Meloni ha pensato a lei?

Lei è una donna: la prima a guidare un governo nel nostro Paese, non mi stancherò di sottolinearlo. Vederla accanto a Draghi, nella cerimonia della campanella, al momento del passaggio di consegne, è stata un'emozione enorme. Non mi aspettavo la nomina, ma penso che mi abbia voluta nel suo governo proprio perché conosce il mio impegno per le donne, e penso che sia politica-

mente che a livello personale, per il suo vissuto, è un tema che le sta profondamente a cuore.

Fa discutere il cambio di denominazione nei ministeri. Nel suo caso, se tutti parlano di inverno demografico, perché tanto scalpore se si mettono insieme il sostegno alla famiglia e la lotta alla denatalità?

C'è il tentativo di far passare l'idea di un governo nostalgico, reazionario, e quindi di far passare le politiche demografiche come una riedizione di quelle mussoliniane per dare figli alla patria. In realtà tutti ormai sanno che la denatalità è un problema enorme, che provoca squilibri difficilmente sanabili e impedisce al Paese di crescere economicamente, ma la politica finora ha sempre adottato soluzioni spicciole, di corto respiro.

Come contrastare sul serio, allora, l'inverno demografi-

co di cui tutti parlano senza che mai si muova nulla per invertire la rotta?

Io penso che esso nasca soprattutto da una mancanza di libertà femminile, di pari opportunità, come Mattarella ha giustamente intuito quando ha suggerito l'accorpamento delle pari opportunità con la famiglia. Oggi le donne non sono libere di essere madri e di seguire contemporaneamente le proprie ambizioni e i propri talenti, spesso sono messe di fronte a scelte che escludono una delle due opzioni. È su questo che è necessario intervenire.

L'assegno unico è stato un primo segnale, in cui un ruolo decisivo hanno avuto partiti che non sono della maggioranza attuale. Meloni ha





promesso di potenziare l'intervento, lei pensa sia possibile proseguire su questa strada in modo condiviso?

L'assegno unico è stato un importante tentativo di superare le politiche dei bonus e delle misure non strutturali. Credo sia necessario correggerlo (attualmente penalizza le famiglie numerose) e credo che su questo si potrà trovare un consenso trasversale. Attraversiamo il momento forse più difficile della nostra storia repubblicana, con una guerra alle porte e una pesante crisi energetica, e per questo Giorgia Meloni non ha voluto fare promesse elettorali. Credo quindi che bisognerà mettere in campo soluzioni nuove e creative, non scontate, per sostenere la maternità e dare respiro alle famiglie, mantenendo la spesa pubblica sotto controllo, perché le necessità e le urgenze oggi sono tante. Ma penso che si possa fare.

La sua nomina è stata vista

come una minaccia ai diritti delle persone e delle coppie omosessuali. La tutela della famiglia e di questi diritti possono coesistere?

Non credo ci sia un vero timore per i diritti, né per la mia nomina né per l'attività del governo. Credo ci sia solo il tentativo di far crescere, almeno in una parte del Paese, un clima di allarmismo e ostilità preconcetta nei confronti del governo e di chi lo rappresenta. Molti di quelli che mi attaccano sono in perfetta malafede, perché sanno benissimo che la mia storia personale (vengo da una famiglia laica e radicale, da ragazza militavo nel partito di Pannella) mi impedisce di essere omofoba e reazionaria. In questi attacchi così violenti c'è molto antifemminismo (non si sono rivolti con la stessa aggressività a figure assai più caratterizzate) e un anticattolicesimo pregiudiziale, che è l'esatto contrario della laicità.

Sulla legge 194 lei ha chiarito

che non è competenza che la riguarda direttamente. Ma ha colpito, fra le reazioni all'accelerazione di Bonaccini sulla pillola abortiva, l'attestato di correttezza che ha attribuito alle iniziative del presidente dell'Emilia Romagna.

Proprio perché io sono laica, giudico i fatti e non ho pregiudizi. La pillola abortiva Ru486 si può usare per scopi diversi: può essere solo un modo (non il più sicuro) per abortire, o può diventare la leva per scardinare la legge 194, per cambiarne profondamente l'impostazione, aprendo all'aborto a domicilio. Il governatore Bonaccini, a differenza di altri, ha usato molta cautela, e io gliel'ho semplicemente riconosciuto. **Lei ha chiarito che l'aborto, previsto da una legge che non intendete modificare, resta un dramma, come tale da prevenire fin dove possibile. Esiste un livello in cui tale prevenzione, che è parte integrante e per niente at-**

tuata della stessa 194, può interagire con la lotta alla denatalità?

Esaminando i dati di altri Paesi mi sembra che le due cose siano nettamente distinte. Le Nazioni in cui c'è un tasso di natalità più alto del nostro hanno in parallelo un tasso di abortività superiore: insomma, in genere il rapporto tra le nascite e gli aborti è sempre lo stesso. L'applicazione della prima parte della legge 194 è un problema di equità sociale, non di demografia: se non sappiamo sostenere le maternità difficili accettiamo il fatto che i figli siano un privilegio, che solo chi ha i mezzi li possa fare. Se una donna ha difficoltà economiche o di altro tipo, ma il figlio lo vuole tenere, mi sembra assurdo e anche incivile che non la si aiuti a realizzare il suo desiderio di maternità.

Parla la nuova ministra: «Si vorrebbe far passare questo governo come reazionario e le politiche demografiche come una riedizione di quelle mussoliniane per dare figli alla Patria. Ma tutti sanno che la denatalità è un problema enorme, che impedisce al Paese di crescere»

INTERVISTA

«Confermata la felice intuizione di Mattarella di mettere insieme Politiche familiari e Pari opportunità. Le nascite ripartono se si mettono le donne in condizione di essere madri e portare avanti i loro talenti»



AIFA: SI A VACCINI BIMBI UNDER 5

Si è riunita ieri la Commissione tecnico-scientifica dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa): sul tavolo anche il via libera in Italia del vaccino per la fascia di popolazione 6 mesi-5 anni dopo l'ok dell'Ema della scorsa settimana. Si va verso la raccomandazione solo per i soggetti a rischio, quindi bimbi fragili e immunodepressi.



LA SCIENZA

La potenza dei vaccini e quei rigurgiti NoVax che negano il progresso

ANTONELLA VIOLA

La rete ha vissuto un rigurgito No vax per una frase del Ceo di Pfizer. - PAGINA 28



QUEI RIGURGITI NOVAX CHE NEGANO IL PROGRESSO

ANTONELLA VIOLA

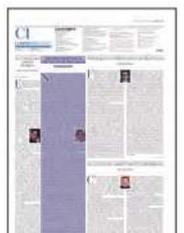


Nelle scorse settimane, la rete ha vissuto un rigurgito no vax dovuto ad una frase del Ceo di Pfizer che, rispondendo ad una domanda specifica, ha ribadito che nei primissimi studi di efficacia dei vaccini contro il Covid19 non si era valutato l'effetto sulla trasmissibilità del virus, ma ci si era concentrati sulla malattia. Come se questa fosse una verità a lungo tenuta nascosta e poi estorta sotto tortura al numero uno di Pfizer, il piccolo ma rumoroso popolo no vax e no green pass ha gridato allo scandalo, sostenendo che il vaccino non ha mai bloccato la trasmissione del virus e che quindi noi scienziati abbiamo raccontato frottole dichiarando che ci si vaccina anche per tutelare la comunità; ma, soprattutto, che il green pass non aveva nessuna validità scientifica ed era quindi solo un abuso. In realtà, nella sua incapacità di comprendere la scienza, anche in questo caso il popolo no vax ha preso un abbaglio. E' vero che il primo studio di Pfizer non prese in esame l'efficacia del vaccino nel proteggere dal contagio, tuttavia non solo questo non è mai stato un segreto (perché un vaccino sia approvato basta dimostrare che è sicuro e che protegge dalla malattia) e, a suo tempo, fu anzi ampiamente commentato da tutti gli esperti, ma, soprattutto, dopo l'approvazione, numerosissimi studi mostrarono che le vaccinazioni prevenivano l'infezione e la trasmissione, non solo la malattia severa. Prima che arrivasse Omicron, i vaccini che abbiamo utilizzato erano infatti altamente efficaci nel prevenire il contagio.

Ciò che alcuni cittadini (e anche alcuni giornalisti) non riescono ancora a capire che rispetto alla prima versione d

SARS-CoV-2, quella sulla cui sequenza sono stati disegnati i vaccini, il virus è cambiato molto e molte volte, facendo via via diminuire l'efficacia degli stessi nei confronti del contagio. Attenzione però: anche con Omicron, l'efficacia dei vaccini nel bloccare la trasmissione è molto diminuita ma non si è azzerata! Uno studio in revisione, per esempio, mostra che la vaccinazione riduce del 24% il rischio di trasmettere Omicron ai contatti stretti.

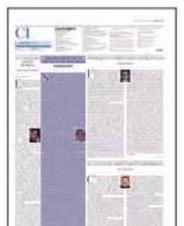
L'introduzione del green pass è avvenuta quindi sulla base di solidi dati che mostravano l'efficacia dei vaccini nel ridurre non solo il rischio di ammalarsi e mettere in crisi gli ospedali (e questo, in quel momento, sarebbe già stato sufficiente) ma anche la circolazione del virus. Sebbene qualche irriducibile ancora non si arrenda, è ormai evidente che, pur con i loro limiti e nonostante le mutazioni continue del coronavirus, i vaccini ci hanno permesso di ricominciare a vivere senza più restrizioni e paure. Con l'85% della popolazione vaccinata, non ha senso discutere di green pass se non per fare polemica, perché questo strumento è stato importante in una fase critica della lotta alla pandemia ma oggi, grazie ai cittadini che si sono vaccinati, non serve più. Tuttavia non va distorta la verità della nostra storia, che sia lontana o recente, perché chi nega la storia rallenta il progresso di tutta la comunità. Proprio partendo da queste evidenze, dovremmo decidere oggi come gestire i richiami o le nuove vaccinazioni. Il vero problema è che la protezione dal contagio ottenuta con la vaccinazione dura poco mentre, fortunatamente, rimane molto alta e più duratura la prote-



LA STAMPA

zione offerta nei confronti della malattia severa. D'altro canto, è impensabile che la popolazione possa vaccinarsi tutta ogni quattro mesi e servono quindi indicazioni chiare su chi ha davvero bisogno di richiami frequenti e chi può, per il momento, chiudere il capitolo vaccinazioni anti-Covid19. Ma serve anche che, nel dubbio, siano i medici di medicina generale a guidare i propri assistiti nella decisione, perché nessuno ne conosce meglio lo stato di salute e lo stile di vita. Così come è bene fidarsi delle indicazioni del pediatra per decidere se vaccinare i bambini con meno di cinque anni. Finalmente, anche in Italia questi vaccini sono disponibili e possono essere utilizzati

per proteggere i più piccoli dal Covid19. I vaccini sono sicuri e possono evitare ai nostri bambini giorni di febbre e spossatezza o di ricovero in ospedale. Come sempre, la vaccinazione è raccomandata per tutti ma è particolarmente importante nei casi di bambini che, per patologie preesistenti, sono a maggiore rischio di andare incontro ad una malattia complicata. Fidiamoci quindi della scienza che, nonostante le chiacchiere da social, finora è stata davvero un faro nella tempesta. —



L'INTERVISTA **RUBEN RAZZANTE**► **COVID, LA RESA DEI CONTI**

«Virologi senza freni Hanno disinformato e la colpa è dei media»

Il docente di Diritto dell'informazione: «Hanno imperversato con teorie infondate. I giornalisti? Spesso un megafono acritico»

di **MARTINA PASTORELLI**



Docente di Diritto dell'informazione all'Università Cattolica di Milano e alla Lumsa di Roma,

Ruben Razzante è stato tra gli esperti chiamati dal governo Conte bis per migliorare l'informazione sul Covid in rete.

Sui media abbiamo assistito a sensazionalismo, informazione parziale, mancanza di analisi critica e oggettiva, celebrazione di virologi che si contraddicevano di continuo. La pandemia ha segnato il funerale del giornalismo?

«Il giornalismo è messo a dura prova dai tempi di Tangentopoli, quando ha spento le luci della sua missione originaria: se non è ancora morto, è certo moribondo e va rivitalizzato, ma su basi diverse rispetto a quelle viste durante la pandemia. Io ho fatto parte, assieme ad altri studiosi e docenti, di una task force istituita dal secondo governo Conte nell'aprile 2020, con il compito di monitorare i flussi di informazione sul

Covid, in particolare su web e social, e di individuare percorsi virtuosi per riconoscere più facilmente le notizie di dubbia autenticità, rendendo quindi più rintracciabili i contenuti provenienti da fonti istituzionali e fondati su evidenze scientifiche. Era un tentativo - anche dispendioso - di vedere la quantità enorme di materiale che viaggiava in rete - cui ci siamo dedicati gratuitamente, con spirito di servizio verso il Paese. Dopo un lavoro di mesi, abbiamo redatto un documento rivolto al presidente del Consiglio Conte, al ministro Speranza e ai vertici della Protezione civile. In dodici pagine, mettevamo nero su bianco una serie di proposte per gestire la comunicazione durante la pandemia: dalla creazione di un hub unico su cui far confluire tutte le domande dei cittadini, all'utilizzo del canale Youtube del ministero della Salute per veicolare spot destinati ai giovani sull'importanza delle misure di distanziamento e contenimento. Si trattava di un piano organico per il quale ci hanno

applaudito ma che è finito in un cassetto: non è stato dato seguito a nulla di ciò che avevamo scritto, nonostante l'apprezzamento mostrato dai vertici governativi. È stata una delle tante occasioni sprecate per provare a fare chiarezza sul tema e combattere quelle tentazioni, poi divenute realtà: disinformazione, spettacolarizzazione e quella sorta di "festival della virologia" a reti unificate cui abbiamo assistito».

Questa vicenda ha mostrato anche la necessità di formare un giornalismo scientifico serio e rigoroso, laddove si è vista all'opera molta improvvisazione...

«Tanto è vero che, nel no-



VERITÀ

vembre 2020, l'Ordine nazionale dei giornalisti ha modificato il *Testo unico dei doveri del giornalista* inserendo alcuni riferimenti espliciti al valore del giornalismo scientifico e riconoscendo così l'inadeguatezza di molti cronisti del Covid, che da un giorno all'altro si sono dovuti improvvisare tali. La realtà è che chi ha raccontato il Covid - a parte pochi giornalisti scientifici bravi - non aveva le competenze per farlo. Inoltre, molte informazioni non venivano diffuse dai giornalisti ma da virologi che batteggiavano negli studi televisivi teorizzando spiegazioni e rimedi quasi sempre privi di riscontro e fondamento. Tutto questo, amplificato dai media che hanno fatto da megafono acritico a opinioni spesso espresse in modo scomposto, ha contribuito ad avvelenare il clima e a disinformare l'opinione pubblica. Ora è importante che il giornalismo scientifico trovi nuove strade per potersi legittimare. Altrimenti, nel caso si verificassero altri eventi simili in futuro, verranno di nuovo raccontati male all'opinione pubblica».

Il giornalista, oggi, sta perdendo il ruolo di mediatore e non ha remore a schierarsi. Ma se i media vanno a rimorchio della polarizzazione in atto, il giornalismo non finisce per appiattirsi sulla politica?

«È un concetto su cui torno spesso anche nelle lezioni di aggiornamento professionale ai giornalisti: il giornalista deve anzitutto essere un me-

diatore e saper proporre le sue opinioni senza imporle. Invece assistiamo a una sistematica sostituzione dell'informazione con la critica, al punto di vista preconstituito che assurge al rango di verità assoluta. Così facendo, i giornalisti si trasformano in militanti. Questo spiega anche perché i giornali vengano comprati da chi la pensa esattamente come chi scrive: chi ha un'ideologia ben precisa, oggi, non legge per informarsi ma per identificarsi e trovare conferme al suo punto di vista. C'è uno snaturamento del ruolo del giornalismo, che da mediazione tra i fatti e l'opinione pubblica si sta trasformando in propaganda».

In rete spopolano i fact-checkers, che con autorità autoattribuita stabiliscono cosa sia vero o falso. Ma chi controlla i controllori?

«Verificare le notizie implica una discrezionalità nella loro selezione. Queste piattaforme di fact-checking che cosa sono dal punto di vista giuridico? Se sono editori con un potere di selezione delle notizie, devono rispettare le norme del sistema editoriale. Se invece si presentano come "aggregatori" che

concedono spazi a chi produce contenuti, allora non dovrebbero ingerire nel profilo social di Trump o di qualunque altro personaggio pubblico per silenziarlo o oscurarlo. Va chiarita la loro natura giuridica per evitare che queste forme di vigilanza sfocino in censura: le istituzioni dovranno affrontare il tema e definire nuovi equilibri regolatori».



VERITÀ

Oltre alle fake news, ci sono le «disappeared news», cioè quelle notizie che vengono taciute o alle quali non viene data la giusta evidenza. Prendiamo la questione dei vaccini Covid: che non prevenissero il contagio, sarà stato anche noto agli addetti ai lavori ma al grande pubblico è arrivato un messaggio diverso.

«Anche le verità non dette

o parziali corrispondono a una censura o comunque a una violazione della libertà di informazione. Per essere corretta, l'informazione deve essere completa, altrimenti al cittadino mancano gli elementi per poter giudicare compiutamente la realtà. Sul Covid è accaduta una cosa: accanto a notizie veritiere sulla riduzione di casi gravi grazie ai vaccini, si è assicurato che la vaccinazione avrebbe garantito la scom-

parsa del virus il quale, invece, ha sempre continuato a girare. Significa, dunque, che il vaccino non previene la trasmissione, il che non era stato detto o era stato detto in modo sfumato. E questo non ha realizzato il diritto dei cittadini di essere informati correttamente».



PROTESI OLFATTIVA: STUDI USA E UE

Covid, naso bionico per sentire gli odori

DI ANGELICA RATTI

Il Covid-19, con le sue conseguenze sulla perdita dell'olfatto, ha portato all'improvviso in primo piano gli studi per mettere a punto una protesi per l'olfatto, compiuti fin dagli anni Novanta da Richard Costanzo, della Virginia Commonwealth University (Vcu), a Richmond (Usa), professore emerito di fisiologia e biofisica, cofondatore nel 1980 di una delle prime cliniche americane per il disordine dell'olfatto e del gusto. Insomma, un naso bionico. Il progetto è decollato davvero nel 2011 grazie alla collaborazione con il suo collega Daniel Coelho, docente di otorinolaringoiatria alla Vcu ed esperto di impianti cocleari, che si impiantano chirurgicamente sotto la cute. E insieme hanno studiato una protesi olfattiva simile a un impianto cocleare che traduce in segnali elettrici che trasmettono al cervello gli odori captati dai sensori.

Nel 2016 i due ricercatori hanno ottenuto un brevetto statunitense per il loro sistema di impianti olfattivi, ma non vogliono dare la sen-

sazione che un dispositivo sarà disponibile in commercio a breve. Tuttavia, hanno aperto una strada da percorrere per dare una speranza alle persone che sono rimaste prive del senso dell'olfatto a causa di malattie e traumi cranici. Una nicchia, che improvvisamente il Covid-19 ha molto allargato: la anosmia, la perdita dell'olfatto, temporanea o permanente, può essere una conseguenza del Covid-19.

Anche in Europa, la Ue sta finanziando un proprio progetto di impianti olfattivi, chiamato Rose (*Restoring Odorant detection and recognition in Smell dEficits*) lanciato nel 2021. Un articolo sul tema sarà pubblicato a novembre su *Ieee Spectrum*, pubblicazione dell'Ieee, la più vasta organizzazione professionale dedicata all'ingegneria e alle scienze applicate.

**Progetto per l'anosmia**

Sostenibilità La Sanità alla prova della svolta green

Marzio Bartoloni — a pagina 22

Dalla farmaceutica alla chirurgia: così la Sanità prova la svolta green

La fotografia. Il settore è responsabile di oltre il 4% delle emissioni nette globali: diverse le iniziative delle imprese del farmaco, ma manca una strategia organica. Negli ospedali ancora ritardi sui rifiuti

Marzio Bartoloni

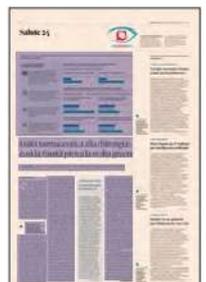
Se la Sanità fosse un Paese sarebbe il quinto per impatto ambientale dopo Cina, Usa, India e Russia e prima di Brasile e Giappone. Il settore sanitario nel suo complesso - secondo Healthcare Without Harm - ha un'impronta climatica che pesa per il 4,4% delle emissioni nette globali. Le sue emissioni sono equivalenti al gas serra prodotto da 514 centrali elettriche a carbone e quelle provenienti direttamente da strutture sanitarie costituiscono il 17% dell'impronta mondiale (l'assorbimento delle risorse). Con la parte più significativa dell'impatto, il 71% che deriva dalla catena di approvvigionamento del-

l'assistenza e cioè produzione, trasporto, uso e smaltimento di beni e servizi che il settore consuma.

Ecco perchè la svolta green è sempre più ineludibile per tutto il settore sanitario, a cominciare dalla lotta all'inquinamento farmaceutico messo in cima alle priorità dalle Nazioni Unite visto che i residui di farmaci e dispositivi possono diffondersi nell'ambiente in fase di produzione, utilizzo e smaltimento. Da qui iniziative, investimenti e progetti delle imprese farmaceutiche su cui ora prova a fare il punto una ricerca di Nomos Csp che sarà presentata oggi a Roma al convegno «Pandemie, strategia farmaceutica e transizione ecologica: le sfide dell'Unione della salute» organizzato da E-news e Gea-Green Economy Agency

(Gruppo Withub) e a cui parteciperanno anche i responsabili della sa-

lute della Commissione Ue. L'indagine ha messo sotto la lente oltre 30 aziende farmaceutiche che operano in Italia basandosi sull'analisi dei progetti di ogni singola impresa (presenza di report di sostenibilità, adesione ai target Onu al 2030, ecc.) ma anche dal posizionamento nei principali rating Esg (Msci, Sustainalytics, Refinitiv). «Consideriamo questo screening solo un inizio, sicuramente non è esaustivo ma è un primo passo per fare il punto su dove è il settore nella strada verso la sostenibilità», avverte Licia Soncini presidente Nomos Csp. Che prova a sintetizzare così la ricerca: «Salvo rare eccezioni, ci sono tantissimi singoli progetti, comunque apprezzabili, ma non inseriti in strategie organiche e pervasive di sostenibilità». Sfogliando l'indagine si scopre così che molte aziende hanno pubblicato report e bilanci di sostenibilità e hanno a esempio finanziato progetti come l'impegno a piantare alberi o ad usare veicoli aziendali elettrici: «L'impressione generale però è che vada fatto un salto di qualità», continua Soncini. Che nell'indagine segnala anche come nessuna azienda farmaceutica rientri nella lista dell'«integrated governance in-



dex», un indicatore di Esg identity delle aziende costruito sulla base di un questionario e che include le prime 100 società quotate, quelle che pubblicano la «DNF» e le prime 50 società non quotate della classifica di Mediobanca. Tra l'altro proprio l'Esg è una grande calamita di investimenti visto che - come ricorda l'indagine - nei primi nove mesi del 2021 la raccolta netta di questa categoria di fondi è cresciuta del 111% con afflussi superiori ai 230 miliardi di dollari. Ma la svolta green non è solo attrazione di investimenti e su questo va detto che il settore Pharma non parte da zero, anzi in media investe molto più sul green degli altri settori manifatturieri. L'ulteriore passo è legato a normative sempre più stringenti. «Nella nuova legislazione farmaceutica a cui sta lavorando proprio ora la Commissione Ue la sostenibilità è uno dei capitoli più importanti», sottolinea Soncini.

Guardando al resto del mondo sanitario e in particolare a quello ospedaliero colpisce come qui i ritardi siano molto più ampi. Il caso evidente è quello della chirurgia do-

ve c'è un grande accumulo di rifiuti monouso, imposto dalla legge per prevenire la contaminazione incrociata e le infezioni. Basti pensare che ogni operazione chirurgica genera tra i 3,5 e gli 8,4 kg di rifiuti di plastica, dei quali il 30% è rappresentato da polipropilene di alta qualità. «Purtroppo siamo alla preistoria e nel 90% degli ospedali non si fa una raccolta differenziata e tutti i rifiuti vengono dismessi come rifiuti speciali con costi anche molti alti, fino a 10 volte quelli normali», avverte Mario Morino, professore di Chirurgia Generale e direttore del dipartimento di chirurgia alle Molinette di Torino. «Qui già tre anni fa abbiamo sperimentato una raccolta differenziata dei rifiuti e soprattutto dei contenitori prima dell'arrivo del paziente in sala operatoria riducendo di 8 volte i rifiuti speciali» aggiunge Morino che coordina il tavolo sulla chirurgia voluto dall'ex sottosegretario Pierpaolo Sileri.

«Non è solo una questione di impatto, ma anche di spreco perché attraverso il riciclo del polipropilene si possono creare nuovi prodotti per le

sale operatorie in una ottica di piena economia circolare, mentre ci sono aziende disposte a pagare per recuperare zinco e rame presente negli strumenti», aggiunge Morino che ora attraverso il tavolo sulla chirurgia lavora alla formazione di *green team*, esperti formati nella "chirurgia verde", da inviare negli ospedali per fare formazione e informazione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La medicina sostenibile

L'IMPATTO SULL'AMBIENTE DEL SETTORE SANITARIO



L'inquinamento farmaceutico è una priorità delle Nazioni Unite. L'inquinamento causato da farmaci determina rischi per l'ambiente. I residui dei prodotti farmaceutici possono diffondersi nell'ambiente in fase di produzione, utilizzo e smaltimento



Il settore sanitario nel suo complesso ha un'impronta climatica equivalente al 4,14% delle emissioni nette globali equivalenti al gas serra prodotto da 514 centrali elettriche a carbone



Se l'assistenza sanitaria fosse un Paese, sarebbe il quinto più grande emettitore del pianeta, inferiore solo a Cina, Usa, India e Russia e superiore a Brasile e Giappone



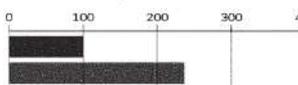
Ogni operazione chirurgica genera tra i 3,5 e gli 8,4 kg di rifiuti di plastica. Un intervento chirurgico in media inquina tanto quanto un viaggio di 750km in automobile

INVESTIMENTI NELLA PROTEZIONE DELL'AMBIENTE PER ADDETTO

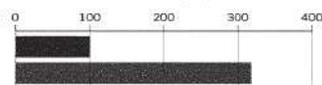
Media ultimi 5 anni. Indice industria manifatturiera=100

■ INDUSTRIA MANIFATTURIERA ■ INDUSTRIA FARMACEUTICA

Investimenti in protezione dell'ambiente



Investimenti in tecnologie pulite*

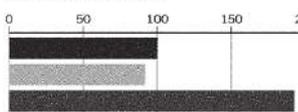


PROPENSIONE ALL'INNOVAZIONE CON EFFETTI POSITIVI SULL'AMBIENTE

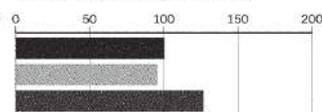
Quota di imprese che hanno introdotto una o più innovazioni. Industria manifatturiera = 100

■ INDUSTRIA MANIFATTURIERA ■ SETTORI A MEDIO-ALTA TECNOLOGIA ■ INDUSTRIA FARMACEUTICA

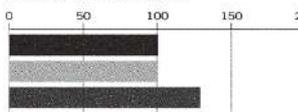
Minor consumo di materiali o acqua per unità di prodotto



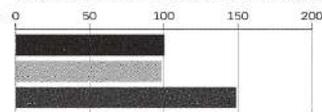
Minor consumo di energia o riduzione delle emissioni industriali di CO2



Riduzione dell'inquinamento atmosferico, idrico, sonoro e del suolo

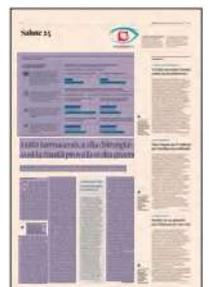


Riciclaggio di materiali e rifiuti e riciclo di acqua per usi propri o destinati alla vendita



Fonte: indagine Nomos Csp ed elaborazione Farmindustria su dati Istat

Ogni intervento chirurgico produce fino a 8 chili di rifiuti speciali, manca la raccolta differenziata



L'APPELLO AL PARLAMENTO UE

Terapie avanzate trattate come un investimento

Riclassificare la spesa sanitaria per le terapie avanzate come spesa di investimento. È la proposta presentata ieri al Parlamento Ue da un gruppo di esperti italiani e da 43 Associazioni di pazienti. Che sottolineano come queste terapie necessitano di nuove e diverse modalità di pagamento e contabilizzazione, che tengano conto degli elevati costi iniziali e dei grandi e duraturi benefici nel tempo, sia per i pazienti che per i sistemi sanitari nazionali. Per questo occorrerebbe classificare la spesa delle terapie avanzate come un investimento e non come una spesa corrente, e questo potrebbe avvenire rivedendo - da Eurostat in giù - le classificazioni economico-finanziarie della spesa sanitaria attualmente in vigore. L'iniziativa, sostenuta dal gruppo di interesse degli eurodeputati «Diritti dei pazienti europei e assistenza sanitaria transfrontaliera», è stata

organizzata da Active Citizenship network (Acn), la rete europea di Cittadinanzattiva, con il supporto incondizionato della coalizione #VITA - Value and Innovation of Advanced Therapies, coordinata dallo studio legale globale Ls Cube. La proposta è sintetizzata nella Call to Action «Terapie avanzate e rispetto del diritto dei pazienti all'accesso alle cure» lanciata da Acn e approvata da 43 tra organizzazioni civiche e dei pazienti di vari Paesi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA PROPOSTA

**Per le nuove
terapie costi
elevati all'inizio
ma poi ci sono
benefici
duraturi da
tenere in conto**



Medicina di precisione: algoritmi e big data entrano in clinica

L'intervista. **Giorgio Metta.** Il direttore scientifico dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit) di Genova capitalizza l'esperienza computazionale in ambito oncologico per traslarla nella neuroscienza e nella riabilitazione

Francesca Cerati

Sarà il primo ospedale di medicina computazionale quello che sorgerà sulla collina degli Erzelli, nel parco tecnologico vicino all'aeroporto di Genova, in linea con lo spirito del Pnrr: aumentare la capacità scientifica, di cura e di didattica. In sostanza, sarà il primo centro nazionale in cui avverrà il trasferimento sulla clinica dei risultati della ricerca generati dall'impiego del calcolo computazionale ai modelli biologici e ai programmi di gestione delle tecnologie robotiche d'impiego biomedico nonché al loro sviluppo. Ciò sarà possibile mettendo a sistema le conoscenze di università, Cnr, Liguria Digitale, Leonardo Lab, Esaote, Asg Superconductors, Carestream, Siemens e dell'Istituto italiano di tecnologia (Iit), diretto da Giorgio Metta, che capitalizzerà anche l'esperienza che l'Istituto sta facendo in Val d'Aosta con il progetto 5000genomi@VdA.

Quali sono i primi risultati del Centro di Medicina personalizzata, preventiva e predittiva avviato ad Aosta?
In Val d'Aosta abbiamo realizzato un laboratorio all'avanguardia per l'analisi genomica e big data che, integrandosi con il sistema sanitario regionale, permette di avere informazioni più accurate

sullo stato di salute della popolazione regionale, attraverso una diagnosi precoce e terapie personalizzate per i pazienti in cura negli ospedali del territorio. Di fatto abbiamo cominciato a utilizzare alcuni degli aspetti computazionali in ambito oncologico per targhettizzare i chemioterapici in maniera molto più accurata. È una pratica clinica che si è incominciata a vedere negli Usa e noi siamo i primi a portarla in Italia.

Come sarà strutturato l'ospedale che sorgerà a Genova?
L'Ospedale computazionale di Genova è un progetto bandiera regionale che ha avuto uno stanziamento di 405 milioni (280 Inail, 65 Pnrr, 60 con l'articolo 20 della legge 67/88, ndr) e prenderà forma nei prossimi 5 anni. Qui, oltre all'aspetto "tradizionale", con 500 posto letto, amplieremo l'approccio computazionale con un focus sulle neuroscienze, in particolare sulla prevenzione e sull'invecchiamento, cioè neurosviluppo e neurodegenerazione che sono i due estremi. Un altro focus sarà sulla riabilitazione robotica e altre patologie più specifiche seguite dal San Martino e dal Gaslini e che riguardano le malattie autoimmuni. Occupandoci di medicina computazionale di precisione l'idea è di avere un contatto

diretto coi pazienti,

fondamentale per poter portare le nostre scoperte alla pratica clinica.

In pratica?

Costruire un grande laboratorio in cui fare la sperimentazione di fase 1, dove anche le terapie innovative possono essere testate direttamente. Quindi, un luogo in cui medici e ricercatori hanno la possibilità di fare innovazioni importanti all'interno della pratica clinica. E poi c'è tutto l'aspetto robotico con la possibilità di avere dispositivi di nuova generazione per la riabilitazione post traumatica. Quando parliamo di computazionale, di fatto, si traduce in raccolta dati, modellizzazione, per avere delle capacità predittive più accurate su quello che possono essere i decorsi di una patologia e come intervenire per frenarne il peggioramento, migliorando al contempo, la qualità della vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Tra gli obiettivi, avere capacità predittive più accurate sui possibili decorsi di una patologia



MALATTIE RARE

Ipertensione polmonare arteriosa, una lotta soprattutto di gestione

Da un progetto di Dompé, con centri specialistici, il punto sulla situazione in Italia di una patologia poco conosciuta

Riccardo Cervelli

■ Le soluzioni chiave sono multidisciplinarietà, rapidità delle diagnosi, efficacia delle cure, *networking* (fare rete) e collaborazione con il mondo associativo dei pazienti. Mai, come di fronte alle malattie cosiddette «rare», questi approcci sono preziosi. E, grazie al progetto sPHeak (Dialogo multicentrico sull'ipertensione arteriosa polmonare), promosso da Dompé farmaceutici con il coinvolgimento di specialisti di 6 diverse aree (Lombardia, Veneto, Lazio, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Umbria, Abruzzo) è emerso che sono necessarie nel caso dell'ipertensione arteriosa polmonare, conosciuta nel mondo medico come PAH (Pulmonary Arterial Hypertension). Conosciuta, ma non ancora abbastanza, a causa dei limitati livelli epidemiologici.

Un articolo del 2013 dell'*Osservatorio Malattie Rare*, rileva come in Italia la patologia interessi 2.500-3.000 persone. Uno studio che risale al 2007, stima che in Europa ne siano affette tra le 15 e le 60 persone per milione di abitanti. Un'incidenza relativamente bassa, ma con prognosi poco favorevoli se si

tarda nella diagnosi della PAH e ad aderire così alle terapie più efficaci.

La progressione della malattia - che provoca un rimodellamento vascolare delle arterie polmonari e, di conseguenza, un aumento eccessivo del carico di lavoro per il ventricolo destro del cuore - mette a rischio la vita dei pazienti, soprattutto anziani e con comorbidità.

Sono molti i ritardi che negli scorsi anni - ovviamente non solo in Italia - si sono accumulati nella lotta contro una patologia che necessita di sforzi efficaci, omogenei e collettivi. Come è emerso dal progetto sPHeak, li-

nee guida per diagnosticare e curare questa malattia esistono. In Italia, i Centri in grado di farsi carico di questi pazienti in momenti e con livelli di competenze diversi ci sono, ma la loro distribuzione non è omogenea sul territorio. Per questo - secondo il gruppo di lavoro sPHeak - occorre adottare standard comuni che permettano di condividere le informazioni, le risorse e le competenze, in modo che nessun paziente si possa trovare nella condizione di non poter usufruire dell'assistenza più adeguata per ragioni logistiche. E oggi, grazie anche all'avanzamento della tecnolo-

gia digitale, è diventato possibile scegliere e applicare «migliori prassi» (*best practice*), non solo di tipo scientifico, ma anche di gestione (*management*) per favorire la tempestività, l'efficacia e la capillarità dei servizi per la salute per tutti i cittadini.

Nel caso della PAH, il lavoro svolto nell'ambito di sPHeak individua al primo punto l'importanza di diffondere, presso tutti gli specialisti ambulatoriali sul territorio, la conoscenza dei sintomi e segni clinici di questa patologia che rischiano di farla confondere con altre malattie più comuni. A questo punto occorre che, sempre a livello territoriale, siano definiti punti di riferimento (*referral*), in grado di occuparsi della gestione della prenotazione degli esami diagnostici più specifici per la PAH e dell'inserimento del paziente in un percorso strutturato presso il centro specializzato di secondo e di terzo livello più vicino. Tra gli altri requisiti, come già accennato, c'è la multidisciplinarietà che vede la collaborazione di cardiologi, pneumologi, radiologi, reumatologi, ma anche infermieri, farmacisti e associazioni di pazienti (per aiutarli a relazionarsi con persone che hanno già vissuto gli stessi problemi). «Ora puntiamo a trasformare questa esperienza in un approccio stabile che possa rispondere alle esigenze di ciascun sistema sanitario regiona-



il Giornale

le in modo che il paziente trovi un percorso coordinato dalla diagnosi fino alla terapia», spiega Maurizio Mascia, Head of Biotech International presso Dompé farmaceutici. Da non sottovalutare, del resto, l'aspetto psicologico: in base al livello di rischio in cui può essere collocato un paziente, sono opportuni trattamenti terapeutici che possono avere un impatto non

indifferente sulla vita quotidiana, al punto che non è raro lo scoraggiamento ad accettare o aderire alle cure. Ma queste - viene sottolineato in eSPEAK - devono mirare non alla «stabilizzazione» della condizione di salute, ma all'abbassamento del livello di rischio.

Da sapere

Agire

Della malattia si conosce poco, ma è ad alto rischio. Obiettivo: diagnosi precise, quindi terapie corrette e precoci

Problemi

Non è raro lo scoraggiamento ad accettare o aderire alle cure. Possono quindi esserci impatti sulla vita quotidiana

I numeri

Uno studio del 2007 stima che in Europa siano affette dalla patologia tra le 15 e le 60 persone per milione di abitanti



FARE PRESTO

Ricercatrice di Dompé farmaceutici in laboratorio. Un articolo del 2013 sull'«Osservatorio Malattie Rare» rileva come in Italia la patologia interessi 2.500-3.000 persone. Prognosi poco favorevoli se si tarda nella diagnosi



Federfarma, 'non spesa ma investimento, mettere a frutto lezione Covid'

"Stiamo vivendo un momento difficile dal punto di vista economico e sociale. Ora più che mai è importante mettere a frutto la lezione appresa con la pandemia, la quale ci ha insegnato che la salute è un nostro diritto primario e le risorse destinate" al settore "non sono una spesa, ma un investimento a vantaggio della collettività". Lo sottolinea Marco Cossolo, presidente di Federfarma, che "al nuovo Governo guidato dalla presidente Giorgia Meloni, e in particolare al neoministro della Salute, Orazio Schillaci", augura "buon lavoro a nome mio e dei titolari di farmacia privata".

"Federfarma è pronta, come sempre, al dialogo e alla collaborazione con le istituzioni in rappresentanza delle farmacie italiane, primo presidio sociosanitario del Servizio sanitario nazionale a contatto con tutte le realtà del territorio - afferma Cossolo in una nota - La farmacia, grazie alla sua capillarità, costituisce il primo anello di congiunzione tra cittadini e Ssn ed offre a tutti un uguale accesso ai farmaci e ad una gamma sempre più ampia di servizi sanitari. Siamo certi - conclude - che la salute dei cittadini italiani verrà adeguatamente tutelata grazie alla grande competenza ed esperienza del professore Schillaci, nuovo ministro della Salute, al quale rinnoviamo i nostri migliori auguri".



La giornata**L'ALLARME DEL SIMEU PER IL LAZIO****Nei pronto soccorso servono mille medici**a pagina 4 **De Bac****SANITÀ I DATI DEL SIMEU SULL'EMERGENZA NEL LAZIO**

Ogni 20 secondi un malato Nei pronto soccorso servono ora altri mille medici

di **Margherita De Bac**

Quest'anno i pronto soccorso del Lazio supereranno la soglia del milione e mezzo di pazienti visitati, circa 300mila in più rispetto al 2021. Superati i timori legati al Covid e alla paura di essere contagiati, i cittadini hanno infatti ripreso le solite abitudini. Ricorrere alle cure dei medici di prima linea anche per situazioni senza caratteristica dell'urgenza. L'afflusso aumenterà man mano che ci avvicineremo alle settimane fredde. Ora la media è di tre accessi al minuto, significa che ogni 20 secondi qualcuno, con mezzi propri o su una barella «scaricata» dalle ambulanze, supera le porte scorrevoli del pronto soccorso.

I dati sono di Simeu, la società di medicina emergenza/urgenza, risultato di un'indagine a campione nei centri della Regione. «Da noi la normalità non esiste più, siamo sempre con l'acqua alla gola», sintetizza Giulio Ricciuto, presidente di Simeu Lazio, riepilogando i numeri di 49 strutture (quattro speciali, due al Bambino Gesù, Cto e Oftalmico). Sono 45 quelle di

primo livello e 4 di secondo, dotate cioè di cardiocirurgia e neurochirurgia, (a Roma Policlinico Umberto I, Gemelli, San Camillo e San Giovanni). Ogni giorno sotto le mani degli urgentisti passano 4.300 pazienti, il 20% arrivano con l'ambulanza, una ogni 90 secondi. Sostengono l'impatto 600 medici, sui 1000 che sarebbero necessari.

E non è tutto. Di questi Seicento, un centinaio hanno contratti libero professionali, oppure vengono «presi in affitto» dalle cooperative. Fenomeno, quest'ultimo, visto con preoccupazione, in espansione anche nel Lazio. Un conto è poter contare su personale strutturato, inglobato nella squadra. Ben diverso è affidarsi a colleghi chiamati a coprire turni di guardia, che arrivano e se ne vanno, pagati meglio di quelli che stanno dentro. E passiamo al punto dolente. Perché le carenze d'organico? Mancano le nuove leve, come abbiamo denunciato dalle pagine del Corriere della Sera, la specializzazione in medicina d'urgenza ha perso attrattiva in quanto impone sacrifici anche di tipo personale e familiare. I giovani puntano a specialità meno svantaggiose.

Sempre secondo l'indagine di Simeu, quasi 2 casi su 10 di pazienti visti al pronto soc-

corso hanno bisogno di ricovero: circa 225mila nel 2021, saranno altrettanti quest'anno. Significa che comunque il filtro esercitato dai Ps funziona. Il problema è che il 20% dei «ricoverandi» prima di vedersi assegnare un posto letto aspettano almeno 48 ore mentre la letteratura scientifica attesta che dopo 8 ore la prognosi comincia a peggiorare. In alcuni ospedali più critici (come a Roma est) si arriva al 40% dei pazienti in attesa del ricovero oltre due giorni. Solo la metà approda al posto letto (nello stesso ospedale o trasferiti altrove) sotto le 12 ore. Venerdì alle 20 al Policlinico Umberto I, 55 pazienti attendevano il ricovero. «Ci sono giornate in cui è molto peggio», afferma il direttore, Gioacchino Galardo.

Per il San Camillo l'assessore alla sanità del Lazio, Alessio D'Amato, e il direttore generale, Narciso Mostarda, hanno appena annunciato una rior-



ganizzazione. Il numero di malati in «parcheggio» per oltre 24 ore si è ridotto del 68% grazie al coinvolgimento dei medici di medicina interna che «prendono in consegna lo spazio assegnato al cosiddetto boarding nella fascia oraria diurna 8-20». All'esterno è stato allestito uno sportello per dare informazioni ai familiari.

Nel momento in cui scriviamo, e in qualsiasi altro momento del giorno, da 500 a 900 persone sostano nei pronto soccorso laziali. Presenze che assorbono l'attenzione e la forza lavoro di medici e infermieri deputati all'emergenza. Il 30% degli spazi dei Ps sono occupati da malati in coda. Dei 1700-2400 cittadini che ogni giorno calcano il

pavimento dei pronto soccorso laziali, il 10% rinuncia prima di aver completato il percorso, segno che poi non avevano tutta questa urgenza e che avrebbero potuto recarsi in un ambulatorio. Fra loro è bassa la percentuale di quelli che hanno bisogno di un ricovero nei 7 giorni successivi.

Quali sono le prospettive? Non buone. Guardiamo cosa avviene al San Giovanni. La direttrice generale Tiziana Frittelli ci aggiorna: «Stiamo espletando un concorso per 8 posti in medicina d'urgenza, 38 candidati, e speriamo di riempirli perché a fine anno scadranno i contratti a tempo determinato legati al Covid. Stiamo facendo fronte alle carenze ricorrendo a prestazioni aggiuntive. Il contratto na-

zionale dovrebbe prevedere che questi professionisti siano pagati di più. Svolgono un servizio stressante, diventano oggetto della rabbia dei cittadini, devono rinunciare alla libera professione. Si spiega facilmente come mai molte borse di studio per specializzandi vadano perse». Stesso fenomeno negli altri centri, tanto maggiori quanto più ci si allontana dalla Capitale, magari in zone geograficamente scomode. Non c'è tempo da perdere. E' scontato che stiamo andando incontro a periodi critici.

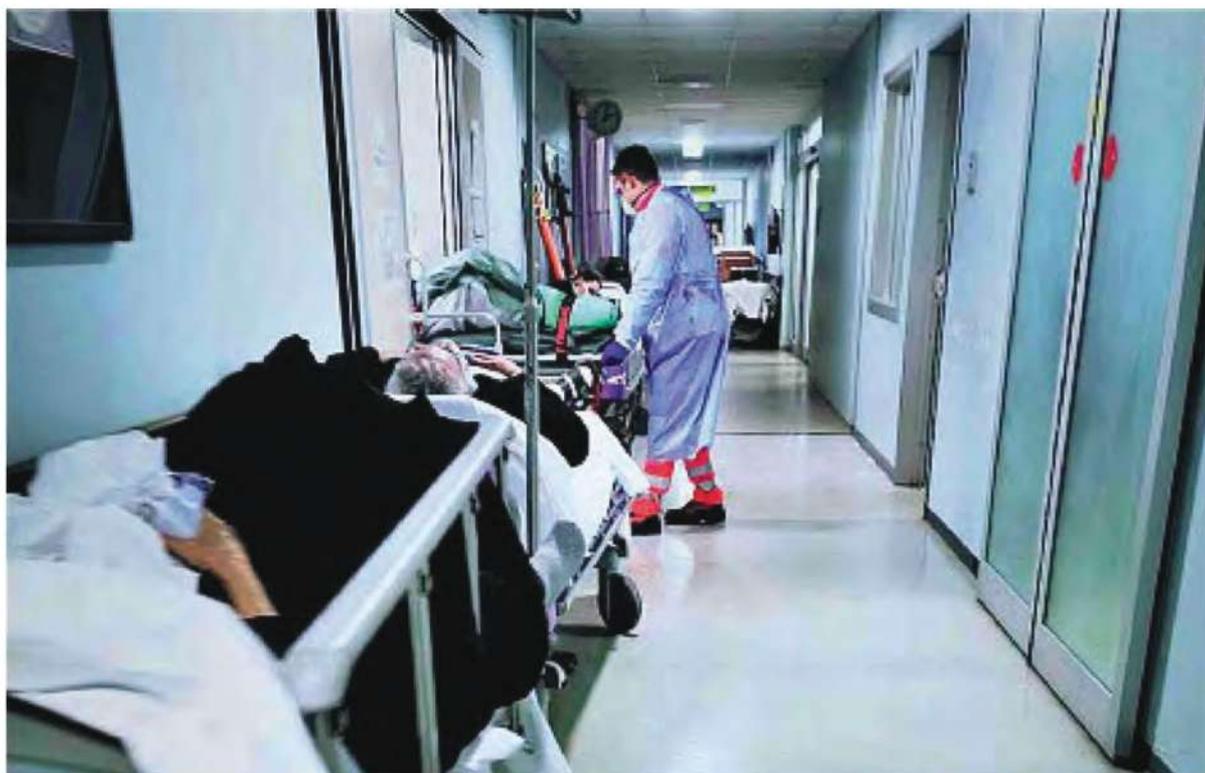
Quest'anno

Verrà superata la soglia del milione e mezzo di pazienti visitati, 300mila in più del 2021

L'allarme



«Da noi la normalità non esiste più, siamo sempre con l'acqua alla gola», sintetizza Giulio Ricciuto, (foto) presidente di Simeu Lazio, riepilogando i numeri di 49 strutture (quattro speciali, due al Bambino Gesù, Cto e Oftalmico). Sono 45 quelle di primo livello e 4 di secondo, dotate cioè di cardiocirurgia e neurochirurgia, (a Roma Policlinico Umberto I, Gemelli, San Camillo e San Giovanni). Ogni giorno sotto le mani degli urgentisti passano 4.300 pazienti



Assistenza a malati in un reparto d'urgenza (foto di Francesca Mangiatordi/Simeu)



Il caso Meno risorse ai disabili del Meridione più al Nord

Marco Esposito

La storia perversa del Fondo non autosufficienze è raccontata in dettaglio dalla Commissione tecnica fabbisogni standard che spiega come la ripartizione dei soldi tra

le regioni penalizzi il Sud a vantaggio del Nord. La regola che discrimina per residenza persino i disabili è contenuta in un decreto che avrà effetto fino al 2024. *A pag. 19*



I divari territoriali

Disabili, risorse tagliate a chi vive nel Meridione

► Assegnati dal ministero Politiche sociali 2,5 miliardi per il periodo 2022-2024

► Campania: su cento non autosufficienti fondi solo per 72, surplus in Lombardia

L'INCHIESTA

Marco Esposito

Non è questione di soldi. Sì, sul tavolo ci sono 2,5 miliardi di euro da distribuire tra le Regioni ma, per una volta, non si guardi al denaro. Cerchiamo con gli occhi lo sguardo di un ragazzo disabile, di un anziano non autosufficiente, di una persona che non è più in grado o non è mai riuscita a «usare i servizi igieni-

ci», oppure a «sedersi o alzarsi da una sedia» o a «vestirsi e spogliarsi», secondo le definizioni ufficiali di non autosufficienza utilizzate in Europa. Immaginiamo quegli occhi e pensiamo al peso che le famiglie, le donne in primo luogo, si caricano per assistere disabili e non autosufficienti. Di fronte a un tema sociale di tale rilevanza è difficile immaginare che si possa scrivere

una regoletta in base alla quale se la famiglia con disabile abita in una regione riceva il doppio dell'assistenza rispetto a quella residente in un'altra; con cinque regioni (Friuli Venezia Giulia,



Valle d'Aosta, Veneto, Liguria e Lombardia: tutte al Nord) dove per ogni 100 persone non autosufficienti viene riconosciuto il diritto come se fossero oltre 130 mentre in tre Regioni (Campania, Sicilia e Sardegna: tutte al Sud), alle stesse 100 persone non autosufficienti si riconosce un valore ridotto a poco più di 70.

LA REGOLA

È difficile crederlo, eppure quella regoletta che discrimina per residenza persino i disabili è stata scritta ed è in un decreto firmato dal ministro del Lavoro e delle Politiche sociali Andrea Orlando, in uno degli ultimi atti del precedente esecutivo. Una regola che avrà effetto sul 2022, sul 2023 e sul 2024, a meno che il governo appena entrato in carica non decida di modificare i riparti se non sull'anno in corso (ormai finito) sui due prossimi a venire.

La storia perversa dell'Fna, sigla che sta per Fondo non autosufficienze, è raccontata in dettaglio dalla Commissione tecnica fabbisogni standard (Ctfs), organismo presieduto da Alberto Zanardi e che ha avuto il compito di valutare il riparto dei fondi grazie a una norma voluta dall'ex ministro dell'Economia Daniele Franco. La Ctfs ha studiato le carte e ha scoperto che per distribuire i soldi tra le regioni (19 su 20, le province autonome di Bolzano e Trento si muovono in piena autonomia) invece di utilizzare i rapporti sullo stato di salute degli italiani elaborati dall'Istat in base a parametri europei, si è fatta «una scelta di criteri di riparto che

non coglie adeguatamente il perimetro dei beneficiari delle prestazioni del Fna». Cioè alcune persone non autosufficienti finiscono fuori dal perimetro e vengono quindi ignorate dal governo e, a cascata, dalle regioni, mentre altre entrano nel numero dei beneficiari anche se sono in perfetta salute, magari solo perché hanno compiuto 75 anni d'età.

I criteri messi sotto accusa sono due: la popolazione oltre i 75 anni, utilizzata senza tenere conto se l'anziano è autosufficiente oppure in salute, e il riparto storico del Fondo nazionale politiche sociali (Fnps), di cui non è trasparente la composizione, immutata dal 2002. L'Fnps ha tra le finalità il tema dell'integrazione dei migranti così come il contrasto alle tossicodipendenze, ovvero questioni di rilievo sociale del tutto diverse. Invece, puntualizza la commissione Zanardi, la «non autosufficienza è influenzata da variabili di contesto socio-economico estremamente eterogenee sul territorio: numerosi studi attestano ad esempio che bassi livelli di reddito e di istruzione si ripercuotono sugli stili di vita e sulle condizioni di salute della popolazione, favorendo l'insorgere di patologie croniche a loro volta associate a forti limitazioni nel grado di autonomia personale».

IL CONFRONTO

La Ctfs quindi mette a confronto il peso del problema della non autosufficienza nelle singole regioni, in base al rapporto Istat sulle condizioni di salute degli italiani, con il riparto del Fna ef-

fettuato dal governo ed evidenzia in particolare che la Campania con un peso del disagio reale pari all'11,78% si vede tagliare il bisogno riconosciuto all'8,54% e la Sicilia dall'11,23% certificato dall'Istat all'8,19%. Cifre percentuali che rappresentano persone: quei valori equivalgono a dire che nelle due regioni meridionali ogni undici disabili o persone non autosufficienti, tre restano fuori dal perimetro dell'assistenza riconosciuta. Per contrappasso, la Lombardia sale dal 12,24% reale al 15,93% cioè se ci sono dodici non autosufficienti lombardi, vengono assegnati soldi per quasi sedici.

Il Fondo non autosufficienze esiste dal 2007; tuttavia all'inizio ha ricevuto stanziamenti modesti e piuttosto ballerini nel tempo; addirittura azzerati nel 2012, l'anno dei tagli del governo Monti. A partire dal 2019 però la cassa è diventata significativa e si è superata quota 500 milioni annui, con una crescita progressiva che arriverà a sfiorare il miliardo per il 2024. Ma all'aumento dei finanziamenti, non si è associato l'impegno ad assegnare le risorse dove ce ne è davvero bisogno perché è prevalsa, accusa la Ctfs, «l'inerzia dei criteri di riparto». Inerzia ai danni dei più deboli, ovunque residenti. Ecco perché non è questione di soldi, ma di dignità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA DENUNCIA DELLA COMMISSIONE FABBISOGNI STANDARD: UTILIZZATI PER INERZIA CRITERI INCOERENTI CON I BISOGNI REALI

AVVANTAGGIATE ANCHE LE REGIONI FRIULI VALLE D'AOSTA LIGURIA E VENETO "PUNITI" I RESIDENTI IN SICILIA E SARDEGNA



Un bimbo campano affetto da distrofia muscolare

