



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

01 Febbraio 2023

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



Per contratti a tempo determinato

Asp di Trapani, al via la ricerca di medici dall'estero

Avviata una ricognizione secondo le direttive dell'Unione Europea ed in regola con i requisiti richiesti.



L'Asp di Trapani, in ottemperanza al decreto assessoriale 1346 del 22/12/22, ha avviato una **ricognizione** finalizzata alla ricerca di **medici** in possesso di qualifica professionale **conseguita all'estero** secondo le direttive dell'Unione Europea ed in regola con i requisiti richiesti.

La direzione aziendale, al fine di rafforzare l'attività assistenziale sul territorio per garantire l'erogazione delle prestazioni, ha attivato una procedura di reclutamento volta alla formulazione di un elenco di idonei per assunzioni a **tempo determinato** nei presidi ospedalieri aziendali.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Le figure professionali richieste sono: Dirigente medico di Medicina d'Urgenza/ Pronto Soccorso; Dirigente medico di Medicina Generale; Dirigente medico di Cardiologia. Il bando è pubblicato e consultabile sul sito aziendale: www.asptrapani.it.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La protesta

Villa Sofia-Cervello, i sindacati: «Caos nel rinnovo dei contratti dei precari»

Al via lo stato di agitazione ed è stato richiesto un incontro all'assessore Giovanna Volo.



PALERMO. «Caos nel rinnovo dei contratti dei **precari**, professionisti impiegati in **mansioni** improprie, grave carenza di personale. È allarme all'azienda Ospedali Riuniti Villa Sofia Cervello». Lo affermano i sindacati **Cgil Fp, Uil Fpl, Fials Confsal, Cisl Fp, Nursind e Nursing Up, e la Rsu**, che hanno proclamato lo stato di agitazione del personale istituendo un'assemblea permanente nella sede di viale Strasburgo non escludendo di giungere a uno sciopero.

Le sigle in una nota all'assessore regionale alla Salute, **Giovanna Volo**, chiedono «un incontro urgente al fine di meglio rappresentare le criticità che stringono l'azienda e i suoi



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

lavoratori, il ripristino delle corrette relazioni sindacali con l'attuale amministrazione, ma soprattutto la garanzia del normale **assetto organizzativo**, che ripristini la corretta funzionalità dei servizi, nel rispetto dei pazienti e dei loro bisogni di salute».

I sindacati protestano «per il rinnovo, o mancato tale in alcuni casi dei contratti in scadenza al 31 dicembre 2022 del personale sanitario del comparto, come infermieri, Oss e tecnici sanitari, fisioterapisti e psicologi. In particolare, non è dato sapere alle scriventi, la ratio, che ha determinato il rinnovo contrattuale di personale appartenente alla medesima qualifica, per 12 mesi ad alcuni e per soli 3 mesi ad altri. Per alcuni il rinnovo è avvenuto **full-time**, mentre per altri **part-time**, con decurtazione oraria del 30%, ancora oltre, alcuni lavoratori, vedi tre fisioterapisti e dieci psicologi, non hanno invece neppure avuto rinnovato il contratto».

Inoltre «alcuni profili professionali, di rilevanza strategica, vengono impiegati in attività assolutamente **improprie**, senza il riconoscimento dovuto ed in spregio agli attuali dettami del contratto collettivo, con arricchimento dell'azienda, da un lato e l'impovertimento professionale degli operatori dall'altro».

Rsa e ospedali cattolici: una sanità che guardi lontano

«La Parola di Dio è sempre illuminante e contemporanea. Non solo nella denuncia, ma anche nella proposta...». Prende spunto dal messaggio di papa Francesco per la XXXI Giornata Mondiale del Malato 2023, il manifesto sul welfare lombardo che Aris Lombardia e Uneba Lombardia pubblicano per sensibilizzare i candidati alle elezioni regionali.

Nicola Spada e Marco Petrillo rappresentano 500 tra ospedali religiosi e Rsa private, soprattutto cattoliche. «Le criticità, nel sistema dei servizi sanitari e sociosanitari, portate drammaticamente in evidenza dalla pandemia da COVID-19, si inseriscono in un contesto di sofferenza complessiva» denunciano.

Aris e Uneba chiedono «una programmazione che restituisca una prospettiva temporale, anche di medio e lungo periodo, che consenta di predisporre e organizzare i servizi richiesti realizzando gli investimenti in tutte le aree». Il testo enuclea i seguenti fronti caldi. Il primo è come si intende porre al centro la qualità della vita dei cittadini e valorizzare le organizzazioni che svolgono una funzione di interesse pubblico, distinta e diversa da quella delle organizzazioni private for-profit. Si chiede, «per avviare concretamente un nuovo modello di presa in carico domiciliare. Di superare definitivamente un sistema a silos inter-indipendenti per integrare efficacemente la logica del nuovo servizio di "cure domiciliari" con il sistema ospedaliero». Anche il concetto di prossimità «va inteso non solo nella sua dimensione territoriale, ma anche come elemento di natura psi-

cologica».

Il documento insiste sull'implementazione di centri multiservizi al posto di opere iperspecialistiche e ragiona sul ruolo degli ospedali classificati e degli enti del terzo settore e solleva il tema delle risorse: «Le strutture sanitarie e sociosanitarie non possono permettersi un sistema a costi crescenti e tariffe bloccate». Il tema della carenza di personale, infermieristico e non, sta assumendo dimensioni sempre più drammatiche: si chiede di «superare il vincolo di esclusività; finanziare corsi; prorogare la scadenza per l'esercizio temporaneo della professione per il personale sanitario; promuovere percorsi di reclutamento dall'estero; favorire percorsi di incentivazione per "distacchi" o "comandi"; dare risalto al ruolo della professione infermieristica nelle RSA; incentivare l'investimento nella formazione e nell'aggiornamento delle competenze specialistiche per gli infermieri già impegnati all'interno delle strutture. Sarebbe anche opportuno intervenire sulla programmazione e sui requisiti di accreditamento richiesti dalle DGR regionali». (P.V.)

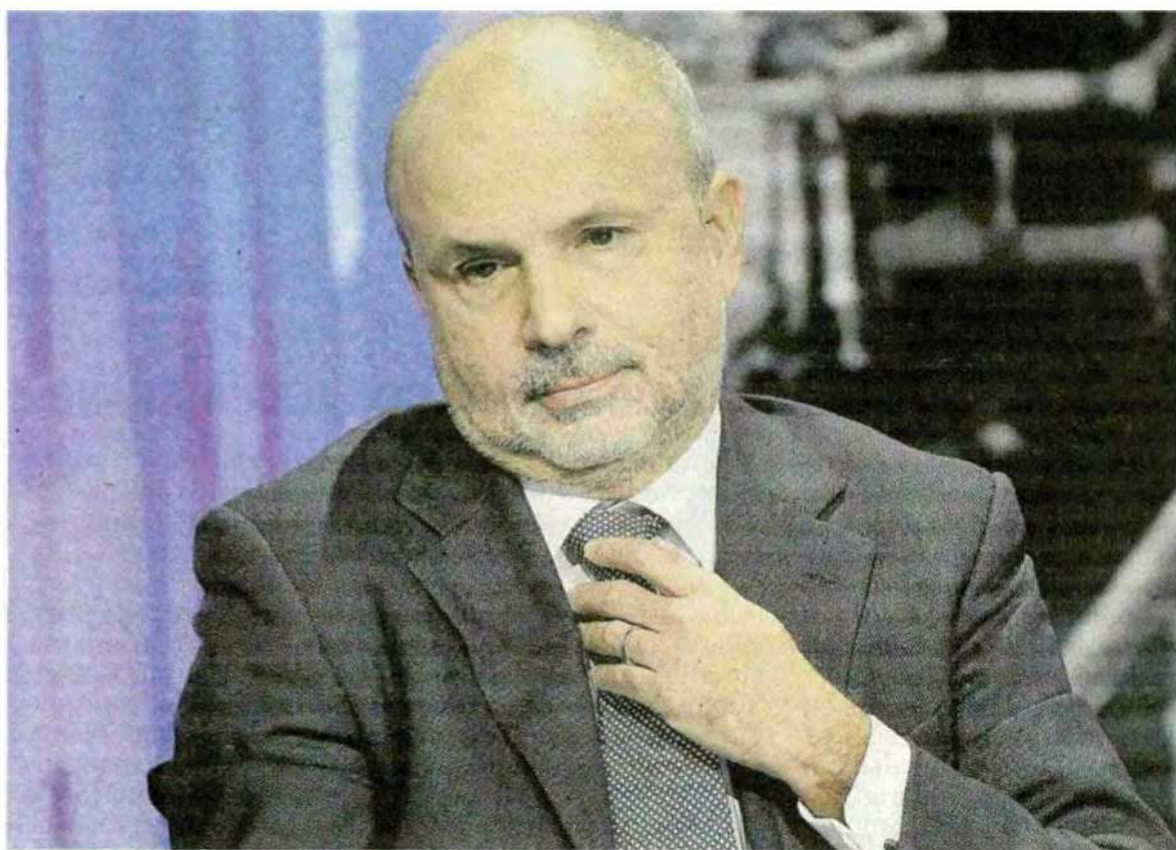
© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ORDINANZA DEL MINISTRO SCHILLACI: CI SARANNO CONTROLLI A CAMPIONE

STOP AI TEST PER CHI SBARCA DALLA CINA

■ Niente più obbligo di tampone in aeroporto per chi arriva in Italia dalla Cina. Si faranno però dei controlli a campione, per tenere d'occhio lo sviluppo di possibili varianti. Lo ha stabilito ieri un'ordinanza del ministro della Salute, Orazio Schillaci (nella foto *Imagoeconomica*). Rimane invece, fino al 28 febbraio, l'obbligo di esibire un test negativo al momento dell'imbarco in

Cina. Nell'ordinanza si legge inoltre che «è fortemente raccomandato l'utilizzo della mascherina Ffp2 o superiore all'interno dei velivoli e delle aerostazioni».



Economia e politica Il Pnrr destina una somma rilevante al rafforzamento della prevenzione, dei servizi sul territorio e della digitalizzazione. Ma serve anche altro

NORME PIÙ CHIARE E OMOGENEE PER IL SISTEMA SANITARIO

di **Gerardo Villanacci**

I progetti di investimento del Pnrr sono raggruppati in sei missioni delle quali l'ultima è relativa alla salute, la cui dotazione prevista è di 15,63 miliardi (corrispondenti all'8,16% dei complessivi 191,50 miliardi stanziati a favore dell'Italia). Una cifra piuttosto rilevante, per altro implementata da ulteriori 5 miliardi circa di fondi complementari, con la quale si dovrebbe rafforzare la prevenzione e i servizi sanitari sul territorio, la modernizzazione e digitalizzazione del sistema sanitario e garantire l'equità di accesso alle cure.

Una parte molto consistente delle risorse verrà distribuita tra le Regioni che, come è noto, hanno la responsabilità diretta della realizzazione degli obiettivi di salute del Paese.

Al netto di ogni valutazione in ordine alle risorse destinate, che verosimilmente potevano essere anche più consistenti, è certo che l'impegno relativo al miglioramento del Servizio Sanitario Nazionale deve essere

profuso senza riserva alcuna per conseguire la piena attuazione del programma di investimento che, è bene ricordarlo, deve essere concluso entro il 2026. Inutile dire che si tratta di un'occasione imperdibile che potrebbe consentire al nostro Paese, colpito più di altri dalla pandemia, di proiettare il proprio sistema sanitario in una dimensione più evoluta rispetto ad altri del Vecchio Continente. A ben vedere, non si tratterebbe di una novità assoluta poiché già con la prima grande riforma sanitaria del 1978 (legge 833) lo Stato italiano

è risultato essere all'avanguardia avendo trasformato il proprio sistema sanitario di stampo strettamente mutualistico, quindi caratterizzato da interventi discrezionali a vantaggio di determinate categorie di soggetti ritenute più bisognose, in altro di tipo universale, cioè accessibile a tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali, per la salvaguardia della salute fisica e psichica.

La modernità del nuovo Servizio Sanitario Nazionale, fondata su presupposti culturali e politici volti ad attuare pienamente i principi costituzionali

di tutela della salute contenuti nell'articolo 32 della Carta. Ma anche nella risolutezza di voler razionalizzare l'impianto strutturale dello Stato dando rilievo e riconoscimento alle autonomie e ai corpi intermedi. Purtroppo negli anni a seguire si è gradualmente e inesorabilmente diffusa la fondata opinione che nel settore sanitario vi fosse uno sperpero di finanze pubbliche a causa di una inadeguata applicazione della riforma del 1978. In verità, a una valutazione della questione scemba da pregiudizialità politiche, si poteva già allora accertare che in altri Paesi omologhi al nostro, come ad esempio la Germania, la spesa sanitaria era più alta. Pur tuttavia, è da quel momento che, soprattutto a causa della conflittualità e inadeguatezza della politica a concretizzare pienamente i principi della riforma, vengono emanate varie leggi di modifica della stessa nel tentativo di eliminarne le distorsioni e per contenere le spese sanitarie, ritenute responsabili del dissesto finanziario italiano. Una progressione che ha alimentato la crescente concezione di «meno Stato e più mercato» sul cui presupposto veniva introdotto il

concetto di «azienda» nella sanità pubblica che ha dato luogo alla trasformazione delle Usl in aziende autonome, finanziate dalle Regioni con il sostegno integrativo dello Stato.

Paradigmatico dei numerosi e non di rado criptici interventi legislativi nella sanità, sono gli acronimi utilizzati in questo settore che costringono il cittadino a imperscrutabili percorsi soltanto per comprendere il funzionamento degli enti che vi operano.

La forza della memoria storica, ci induce a considerare che se dalla pandemia vogliamo effettivamente realizzare il diritto alla tutela della salute, nella sua accezione attuale comprensiva di quello di ambiente salubre e non inquinato, dobbiamo ripensare il sistema sanitario come cardine del più ampio welfare di comunità, promuovendo una normativa più omogenea che non trascuri di valutare che nei prossimi dieci anni, come tutte le proiezioni statistiche ci indicano, la curva dell'invecchiamento della popolazione arriverà al livello più alto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Scenario
Va tenuto presente l'invecchiamento della popolazione previsto nei prossimi anni



ILLUSTRAZIONE DI DORINDA SOLINAS



ARCHEO SANITÀ

In Italia, sia negli ospedali sia nei centri privati, sono 18 mila le strumentazioni ormai obsolete: mammografi, tac, angiografi... Cresce così la preoccupazione di non poter garantire diagnosi affidabili. Con il Pnrr dovrebbero arrivare fondi per «aggiornare» le apparecchiature. Ma resta molto da fare.

di Laura Della Pasqua

Non solo carenza di medici e i pronto soccorso nel caos, le lunghe liste d'attesa, la fuga dei camici bianchi all'estero o nelle strutture private. Chi si rivolge al Servizio sanitario nazionale deve fare i conti anche con «l'archeologia» delle apparecchiature. Con il Covid, prevenzione e diagnostica hanno subito una battuta d'arresto; solo da pochi mesi si è rimesso in moto il meccanismo, ma si è creato una sorta di effetto imbuto nelle strutture. Le apparecchiature che già in periodi normali faticavano a far fronte al fabbisogno, con l'esplosione della richiesta di analisi post-pandemia stanno mostrando i loro limiti, dovuti alla scarsa innovazione tecnologica di ospedali e i laboratori privati convenzionati. Gli effetti del tetto alla spesa per investimenti e del giro di vite della spending review si fanno sentire. Il Pnrr ha previsto oltre 4 miliardi di euro per la digitalizzazione e il ricambio delle grandi apparecchiature, ma il raggiungimento dei vari «target» individuati nei prossimi tre anni dipenderà molto dalla capacità di spesa.

Nel frattempo, il 71 per cento dei mammografi convenzionali ha oltre 10 anni, e l'84 per cento supera i 6 anni, l'età massima consigliata; anche il 54 per cento delle risonanze magnetiche chiuse ha oltre una decina di anni - e dovrebbe essere rinnovato ogni cinque - e il 48 per cento delle tomografie ha oltrepassato il limite massimo di sette anni.

La situazione è tracciata bene dall'Osservatorio «parco installato» di Confindustria dispositivi medici, l'associazione che riunisce le imprese del settore. Scopriamo che il 61 per cento dei sistemi per angiografia va oltre l'obsolescenza tollerata, e lo stesso vale per le camere di medicina nucleare e per il 75 per cento delle unità mobili radiografiche convenzionali (solo l'8 per cento ha meno di cinque anni). Complessivamente, sono 18 mila le apparecchiature di diagnostica per immagini ormai sorpassate.

Nonostante la mammografia sia l'esame di prevenzione principale per la diagnosi del tumore al seno, negli anni gli strumenti hanno subito un peggioramento. L'età media degli apparecchi convenzionali è passata da 11 anni a fine 2017 agli attuali 13,4 anni. Più contenuto l'aumento dell'età media dei mammografi digitali da 4,6 anni a 4,9 anni.

Le Tac, tomografie assiali computerizzate, per il 51 per cento dovrebbero essere sostituite. Se poi entriamo in camera operatoria, il monitoraggio dei parametri vitali è affidato a macchinari definiti «sistemi mobili ad arco». Essenziali nelle operazioni, dovrebbero essere al top delle novità



tecnologiche, invece nel 57 per cento dei casi sono troppo vecchi.

Gli unici segnali positivi di aggiornamento riguardano gli ecografi portatili, nell'82 per cento dei casi acquistati meno di cinque anni fa, e per l'81 per cento dei radiografi mobili digitali.

Il report sottolinea che «accrescere l'attendibilità e la sicurezza di tali dispositivi è particolarmente necessario in un periodo in cui il 37 per cento degli italiani ha rinviato del tutto o in parte esami, visite e cure mediche per paura del contagio o per il sovraffollamento delle strutture impegnate nella lotta al coronavirus».

La situazione non è migliore per l'assistenza domiciliare. Ci sono 200 mila pazienti con il supporto di ventilatori, 100 mila in ossigenoterapia e 30 mila nutriti artificialmente per via enterale o parenterale. Spesso chi è curato a casa ha bisogno di più trattamenti contemporaneamente. Basta pensare a chi è affetto da Sla (Sclerosi laterale amiotrofica) che necessita, nella fase più acuta, di supporto respiratorio continuo, alimentazione tramite sonda e assistenza riabilitativa.

Nonostante rientrino nei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, non sempre tali interventi vengono effettivamente garantiti. Oppure può capitare che le apparecchiature ci siano, ma manchino i professionisti specializzati. Questo vuoto spesso viene colmato dal personale for-

nito dalle cooperative o da associazioni private che puntano solo al ritorno economico e, non essendo sottoposti a controlli, non hanno interesse a creare squadre di specialisti adeguatamente formati.

Secondo Confindustria, nel corso degli anni la strumentazione medica ha risentito di una serie di fattori. Tra questi, i pochi investimenti e finanziamenti dedicati alla sanità, l'assenza di innovazione nell'ambito delle generali politiche pubbliche di acquisto, oltre all'aver consentito livelli e logiche di rimborso delle prestazioni, sia in ospedale sia specialistiche, che non hanno incentivato l'ammodernamento tecnologico.

Una boccata d'ossigeno dovrebbe venire dal Pnrr. Per l'adeguamento dei macchinari sono previsti oltre 4 miliardi di euro, di cui circa 2,8 miliardi di euro per la digitalizzazione, oltre 1,4 miliardi per progetti in essere. Più di 1,1 miliardi di euro per le grandi apparecchiature: entro il 2024 ne dovrebbero arrivare almeno 3.100 in sostituzione di quelle obsolete o in disuso. E per il 2025 si dovrebbe realizzare la digitalizzazione di 280 strutture ospedaliere. Ma questi target rischiano di essere compromessi dalla tenaglia in cui sono finite le industrie che producono farmaci e dispositivi medici, strozzate da meccanismi come tetti di spesa e payback.

Nel Decreto Aiuti bis il governo ha confermato il payback sui dispositivi medici, che obbliga le aziende della Sanità a rimborsare la metà delle spese in eccesso effettuate dalle Regioni. L'al-

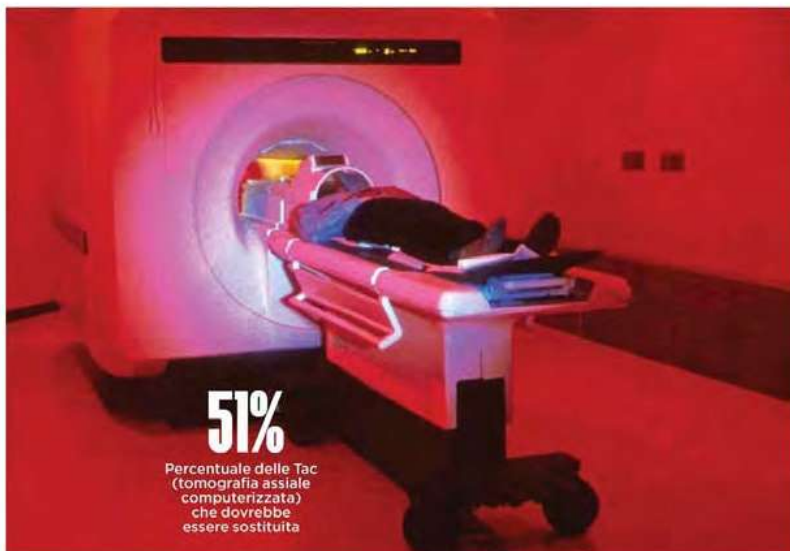
larme è stato lanciato da Massimiliano Boggetti, presidente di Confindustria dispositivi medici, con le sue 5 mila imprese del biomedicale che rischiano di finire in ginocchio per la richiesta di 2 miliardi di pagamenti. «Questo meccanismo va cancellato subito e non sembra "il solito teatrino" fatto dalle imprese. È una batosta su una filiera già colpita dagli effetti del definanziamento del passato alla Sanità. Il payback rischia inoltre di abbassare il livello tecnologico dei dispositivi medici e quindi di diminuire la qualità delle cure».

«Non possiamo permetterci di perdere il treno dell'innovazione tecnologica» rincara la dose Pierluigi Marini, presidente di Acoi (Associazione chirurghi ospedalieri) e direttore Uoc Chirurgia ospedale San Camillo a Roma. «Capisco le questioni legate al bilancio ma è in gioco la salute degli italiani. Le possibilità di cura e guarigione da un tumore dipendono da uno screening tempestivo e ben fatto. Oggi si vedono tumori della mammella di dimensioni minime che con i vecchi mammografi non emergevano. La tecnologia è essenziale ma corre veloce e bisogna stare al passo».

Marini sottolinea che «il payback mette in difficoltà le aziende fornitrici di nuovi macchinari, con il rischio di perdere il treno dell'innovazione in un momento cui ci sono lunghe liste d'attesa da smaltire».

Così, dopo tre anni di pandemia e una pioggia di fondi (oltre 11 miliardi in più) per combattere il Covid, la Sanità si risveglia con i soliti abiti da Cenerentola. ■

51%
dei macchinari che in sala operatoria controllano i parametri vitali è troppo vecchio



Diciassette Regioni su venti non indicano i tempi di tutte le prestazioni Record di spesa nelle strutture private per superare i tempi lunghi delle Asl

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Per la sanità pubblica spendiamo meno di tutti in Europa, ma gli italiani hanno il record di quella sostenuta con le proprie tasche: oltre 1.700 euro a famiglia, dice l'ultimo rapporto del Crea Sanità. Ecco: la sanità diventa sempre più classista, perché un italiano su dieci rinuncia alle cure, circa 1,2 milioni di famiglie accrescono il loro disagio economico mentre altri 378 mila cadono al di sotto della soglia di povertà. La causa di questo disastro sociale sono sempre loro, le liste d'attesa, che costituiscono una barriera spesso insormontabile soprattutto per accedere a visite e accertamenti diagnostici. Fino a 720 giorni per una mammografia, un anno per tac ed ecografie, sei mesi per una risonanza, oltre due mesi persino per una visita oncologica.

Eppure un metodo per aggirare la trappola c'è: chiedere di ottenere dal privato, dietro il solo pagamento del ticket, la visita o l'accertamento entro i tempi massimi stabiliti dalla normativa nazionale. Peccato però che Asl, ospedali e Regioni facciano a gara per eluderla. Al privato, dice un decreto legislativo del 1998, si può ricorrere tutte le volte che nel pubblico le attese vanno oltre: 72 ore se la prestazione è urgente (codice U sulla prescrizione), 10 giorni se da erogare a breve (B), entro 30 giorni per le visite e 60 per gli esami diagnostici se c'è la lettera P di programmabile. Pochi però lo sanno, perché le aziende sanitarie pubbliche non informano gli assistiti e tantomeno offrono loro i moduli per fare richiesta di accesso al privato. Asbarrare la strada ai pazienti ci si mettono poi le Regioni con i loro siti, che di fatto taroccano i tempi di attesa. Alcune inseriscono un numero di giorni medio senza distinguere tra prestazioni urgenti e differibili, fornendo così un'informazione inutile al fine dell'accesso in tempi più rapidi al privato. Altre pubblicano solo i dati di alcune Asl, probabilmente le più efficienti. Ben 17 Regioni danno i tempi solo di alcune prestazioni e non di altre e 16 non specificano se i tempi indicati siano una previsione, magari ottimistica, o se rispecchino la situazione al momento. Infine tanto le aziende sanitarie pubbliche che quelle private convenzionate quando dopo la prima metà dell'anno si accorgono di essere prossime a superare il budget assegnatogli, per non erogare prestazioni che non gli verrebbero poi rimborsate fanno una cosa semplice quanto illegale: chiudono le agende di prenotazione. Ovviamente per loro, non per gli assistiti, che nel 2021 hanno speso per curarsi 37 miliardi, 2,2 in più di tre anni prima. Un esborso che non ha risparmiato nemmeno i malati di cancro, che nell'ultimo anno, calcola la Favo che li rappresenta in Europa, hanno dovuto spendere in media 1.841 euro. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La riforma Calderoli

Sanità, scuola, porti

Opportunità e paletti

della nuova autonomia

La guida: ecco le materie su cui le Regioni avranno maggiori poteri
 Tra queste beni culturali, giustizia di pace, tutela ambientale
 Lo schema prevede intese ad hoc per l'attribuzione delle risorse

di **Antonio Troise**

Se ne parla da oltre 20 anni. Ma domani potrebbe finalmente essere la volta buona: sul tavolo del Consiglio dei ministri arriverà il Ddl che introduce la cosiddetta autonomia differenziata. In sostanza, il passaggio di una serie di competenze, dalla scuola alla sanità, dai porti ai beni culturali, alle Regioni. Un'operazione prevista per la verità dal terzo comma dell'articolo 116 della Costituzione, modificato dal Parlamento nel 2001. Ma di che cosa si tratta?

CHE COSA PASSA ALLE REGIONI

Sono molte le materie che possono passare alle Regioni, con tanto di risorse finanziarie e di personale. L'elenco è lungo e va dalla giustizia di pace alle norme generali sull'istruzione, dalla tutela di ambiente ai beni culturali. Fra le materie ci sono anche quelle relative alla salute, alla produzione, trasporto e distribuzione nazionale dell'energia, alla previdenza complementare e integrativa oltre a finanza pubblica e sistema tributario.

LE INTESA CON LE REGIONI

Ci saranno intese ad hoc per l'attribuzione delle nuove risorse e delle nuove funzioni fra Regioni e Stato Centrale. Gli accordi avranno durata decennale ma potranno essere modificate su iniziativa di una delle due parti. Viene anche rafforzato il ruolo del Parlamento, che avrà 60

giorni di tempo per esaminare le intese sulle attribuzioni delle nuove funzioni. Sul testo potranno dire la sua anche il Mef e gli altri ministri competenti per materia. Lo schema di intesa andrà poi trasmesso immediatamente alla Conferenza unificata, e non dopo la sottoscrizione. Lo schema di intesa definitivo va approvato dalla Regione, poi entro 30 giorni è deliberato dal Cdm.

PRESTAZIONI MINIME UGUALI PER TUTTI

Alcuni settori, come la Sanità, l'istruzione o i servizi sociali, possono passare alle Regioni solo una volta che siano stati definiti i relativi Livelli essenziali delle prestazioni (Lep). Facciamo un esempio. Supponiamo che due città abbiano un numero di posti disponibili negli asili nido rispettivamente del 20 e del 3%. Toccherà al governo fissare la soglia minima sotto la quale le Regioni che erogano quel servizio non possono scendere. La definizione dei Lep andrà di pari passo con la determinazione dei costi standard. Non potrà più accadere che il costo di un servizio o di un prodotto sia diverso se acquistato a Milano o a Palermo. I costi e i fabbisogni standard saranno determinati «entro 12 mesi dalla data di entrata in vigore della legge, da una Commissione tecnica».

ALCUNE TASSE RESTANO SUL TERRITORIO

Ma come faranno i governatori a fornire i servizi oggi garantiti dallo Stato? Toccherà a una Commissione Paritetica Stato-Regione definire quanto personale e con quali risorse potrà passare alle amministrazioni locali. La novità: i governatori potranno trattenere parte delle tasse o dei tributi maturati nel territorio. Il passaggio delle competenze dovrà essere a costo zero per lo Stato e non potrà pregiudicare l'entità delle risorse da destinare alle altre Regioni.

CHE COSA SUCCEDERÀ PER LA SANITÀ E LA SCUOLA

La Salute potrà essere demandata in toto alle Regioni, con un grado di autonomia molto più ampio di quello oggi in vigore. In questo caso, però, l'amministrazione dovrà garantire una serie di parametri definiti nei Lep, come ad esempio il numero dei posti letto per popolazione o quello degli ambulatori o ancora le liste di attesa per un esame. Fissato il livello minimo, saranno le Regioni più virtuose a garantire prestazioni migliori. L'autonomia differenziata non consentirà, invece, alle Regioni di modificare il programma didattico o svolgere attività di insegnamento o ancora gestire i concorsi, attività che restano allo Stato. Ma le amministrazioni che faranno richiesta di avere più poteri in questo settore avranno mano libera in materia di organizzazione, magari iniziando un anno scolastico con i docenti assegnati alle classi fin dal primo giorno.



LA RICETTA DI BERLUSCONI

«Con l'autonomia più risorse per la sanità»

La maggioranza lima la riforma che domani sarà al Cdm

Fabrizio de Feo

■ Passo dopo passo, limatura dopo limatura, la nuova bozza del progetto di legge sull'autonomia differenziata è in dirittura di arrivo: domani sarà presentata al Consiglio dei ministri. Il Cavaliere: «Necessario sburocratizzare il Sud».

a pagina 9



«Più risorse per la sanità con l'autonomia regionale»

Berlusconi: «Il Sud va sburocratizzato». La maggioranza lima la riforma (domani al Cdm)

di Fabrizio de Feo

Passo dopo passo, limatura dopo limatura, la nuova bozza del progetto di legge sull'autonomia differenziata è ormai in dirittura di arrivo. Roberto Calderoli come titolare degli Affari regionali sta lavorando sul testo, con Alfredo Mantovano a fare da recettore delle istanze dei vari partiti e a armonizzare le ultime richieste. Dopo l'analisi compiuta ieri nel pre-Consiglio si sta lavorando a qualche ritocco sui Led, i Livelli Essenziali delle Prestazioni, per dare seguito al messaggio politico fatto risuonare da Giorgia Meloni - «non ci rassegniamo all'idea che ci siano territori e servizi di serie A e B» - rassicurare gli elettori del Sud e offrire le

giuste garanzie ai vari territori, senza trasformare questa materia in un terreno scivoloso per il governo. La deadline è molto stretta visto che il testo definitivo arriverà domani in Consiglio dei ministri.

Se la Lega spinge sull'acceleratore, Silvio Berlusconi e Forza Italia mettono l'accento su un tema concreto: la necessità di un salto di qualità diffuso delle prestazioni mediche così da mettere fine ai viaggi della speranza e al turismo sanitario. «Le Regioni avranno più risorse e più poteri con l'autonomia, per gestire i servizi essenziali per i cittadini, a partire naturalmente dalla sanità. Dobbiamo pensare che ogni anno 200mila citta-

dini raggiungono la Lombardia da altre Regioni per sottoporsi a interventi chirurgici. Quindi, dobbiamo garantire a tutti una sanità di assoluta qualità» chiede il leader di Forza Italia. «Le regioni del Sud vanno sburocratizzate, per permettere di procedere con più velocità, anche per prendere in considerazione e analizzare tutte le richieste provenienti dei cittadini. Questo è un obiettivo che può es-



il Giornale

sere raggiunto attraverso una ferma lotta alla burocrazia».

Forza Italia in questo sprint finale, attraverso la regia dello stesso Berlusconi e dei capigruppo e l'azione sul campo di Roberto Pella, ha lavorato molto sulla condivisione del testo con tutti i livelli istituzionali e a un documento che potesse contemperare le esigenze di tutti. Ha così ottenuto di rafforzare l'articolo 1 laddove si parla di indivisibilità dello Stato unitario e dei Livelli Essenziali delle Prestazioni, attraverso il ricorso a statistiche che tengano conto delle caratteristiche peculiari dei territori, della necessità di una perequazione infrastrutturale tra Nord e Sud e di un coinvolgimento delle Camere in questo processo decisionale. «Berlusconi come sempre si è dimostrato capace di far dialogare i vari livelli istituzionali, ha ascoltato le istanze prove-

nienti dai governatori del Nord e del Sud, si è fatto garante e interprete dell'unità e della sovranità nazionale, cancellando molte delle preoccupazioni che ancora resistevano» racconta Roberto Pella, capogruppo azzurro in Commissione Bilancio. «Un lavoro sotto traccia e un gioco di squadra che ha consentito di arrivare al traguardo».

Sulla linea di una autonomia come leva per sburocratizzare e fare aumentare la qualità della sanità si attesta tutta Forza Italia. «Dobbiamo permettere ai cittadini di curarsi nel proprio territorio. Solo così si potranno garantire servizi essenziali in un unico grande paese e senza distinzioni» sostiene Alessandro Cattaneo. E un segnale importante arriva anche dal presidente della Regione Calabria, Roberto Occhiuto che plaude alla bozza uscita dal pre-Consiglio. «Il testo predisposto da Roberto Calderoli

rappresenta un positivo passo in avanti. Ringrazio i ministri di Forza Italia per il prezioso lavoro svolto portando avanti le proposte di modifica che io e altri presidenti di Regione del Sud avevamo avanzato. Molto bene che dal provvedimento siano stati cancellati i riferimenti all'ingiusto criterio della spesa storica. Nessun pregiudizio sull'autonomia differenziata, che è una possibilità offerta dalla Costituzione alle Regioni».

IL CAPOGRUPPO AZZURRO

Cattaneo: «Dobbiamo permettere ai cittadini di curarsi nel proprio territorio»

L'ACCORDO TRA GLI ALLEATI

Mentre la Lega spinge sull'acceleratore, il Cavaliere lavora ad un testo condiviso



VIDEO Silvio Berlusconi in un video postato sui social ha spiegato alcuni dei vantaggi dell'autonomia differenziata



LE IDEE

Politica, nuove nomine e salute perché la scienza va rispettata

EUGENIA TOGNOTTI - PAGINA 10

IL GOVERNO E LE EPURAZIONI NELLA SANITÀ

EUGENIA TOGNOTTI



Somiglia tanto a una epurazione - nell'ambito dello spoils system del Consiglio superiore di sanità - l'emendamento di Fratelli d'Italia al Milleproroghe che prevede la decadenza del Consiglio stesso. Per comprendere quello che nasconde - non più di tanto in verità - basta spingersi al di là dei contenuti che annunciano l'azzeramento dell'organo di consulenza tecnico-scientifica, fondato nel 1865 all'indomani dell'unificazione nazionale, con l'ambizioso compito di accompagnare una riforma sanitaria a quella politica. Se l'emendamento in discussione al Senato - che, a quanto pare, è considerato prioritario - verrà approvato, con i nuovi dieci membri nominati dal ministro della Salute (che si aggiungeranno a quelli di diritto), comporterà, entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del decreto, la decadenza automatica del Css. E naturalmente del suo presidente, il professor

Franco Locatelli, un'autorità scientifica riconosciuta a livello internazionale, a capo di quell'organismo durante la traversata nel deserto della pandemia e tecnico di riferimento nella guerra al Covid-19.

Intendiamoci. La pratica politica dello spoils system, letteralmente «sistema delle spoglie», di derivazione statunitense, non è in sé uno scandalo. Regolamentata e rafforzata negli anni in Italia, indica il potere che consente agli organi politici di procedere a nomine di tipo fiduciario per l'attribuzione di incarichi dirigenziali di vertice, le cui funzioni risultano strettamente contigue con gli indirizzi politico-amministrativi. Del resto così fan tutti, si potrebbe dire. A suo tempo, nel 2018, il governo «del cambiamento» aveva fatto lo stesso e la ministra della Salute, la pentastellata Giulia Grillo, aveva rinnovato, a sei mesi dalla fiducia del governo al Parlamento, la composizione dei 30 membri di nomina fiduciaria, in carica da un anno. Allora come oggi si invocò il necessario rapporto di fiducia e il diritto del ministro della Salute di scegliere i propri consulenti. Un argomento a cui fanno ora riferimento diversi esperti e tecnici d'area che criticano semmai il ministro Speranza per aver

proceduto pochi mesi fa alla nomina dei membri non di diritto con un mandato della durata di tre anni, contro tutte le previsioni circa l'esito delle elezioni politiche.

Di fatto, ha qualcosa di più e di diverso da un'ordinaria operazione di spoils system quella che si prepara per il Css. Che, occorre ricordare, arriva subito dopo l'annunciata riforma dell'ente regolatore, l'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, che ne ha ristretto autonomia e indipendenza, facendo crescere il peso del controllo diretto da parte della politica, con conseguente appannamento delle garanzie dei cittadini. La decapitazione del Css, se dovesse passare, si spinge ancora più avanti, in qualche misura, dati i cruciali compiti di quell'organismo che non comprendono solo l'ordinaria attività consultiva, ma la definizione di una nuova visione di riforma del Servizio sanitario nazionale, di fronte alle sfide poste da cambiamenti demografici ed epidemiologici, dalle innovazioni scientifiche, dalla relazione tra mutamenti ambientali e salute. S'indovina, da una parte, l'inequivoco segnale di discontinuità con i governi precedenti, Conte e Draghi, già oggetto di aspre critiche per scelte che introduceva-

no obblighi e restrizioni, oltre che una serie di importanti decisioni limitative di libertà costituzionali, *science-based* e non spinte dall'ideologia, stando alla critica, più volte ribadita, dalla premier. Dall'altra rimanda ad una sorta di epurazione del gruppo di esperti che ha affiancato il ministro Speranza nella contestata gestione della pandemia. Un primo passo, si potrebbe pensare, verso quella commissione di inchiesta parlamentare, già presente nel programma elettorale di FdI, che risponde alle aspettative di una parte dell'elettorato che ha mandato al governo la destra.

Esulta, infatti, la galassia dei No Vax e No Pass che nei social esprimono soddisfazione per la scelta del governo, pre-gustando l'imminente uscita di scena del professor Locatelli, come le *tricoteuses* che, durante la rivoluzione francese, aspettavano, nelle piazze, la decapitazione dei condannati alla ghigliottina. Che dire? Non resta che aspettare i nomi e le nomine di natura fiduciaria da parte del ministro e augurarsi che i meccanismi dello spoils system non si traducano in un'arrogante pratica di occupazione del potere in un settore così cruciale come quello della Sanità. —



Solo lo 0,4% l'ha fatto

• Biotestamento, flop di adesioni

Belardetti alle pagine 4 e 5

Biotestamento, rivoluzione flop L'ha fatto solo lo 0,4 per cento «Nessuno sa come funziona»

Denuncia dell'associazione Coscioni a 5 anni dall'entrata in vigore della legge. «Tocca a noi sostituire lo Stato»

ROMA

La partita sul fine vita resta un nodo irrisolto in Italia. Ogni giorno 5 persone intraprendono il percorso informativo verso il suicidio assistito, l'eutanasia o la sedazione palliativa. Ma il vuoto normativo, nonostante siano passati 16 anni dal caso Welby, rende il quadro complesso. Le stime dell'associazione Coscioni dicono che il 4% degli italiani, se ci fosse una legge, accedrebbe alla morte medicalmente assistita: così funziona in Olanda, Belgio e Canada dove i confini giuridici sono delineati da almeno dieci anni. Considerando che nel nostro Paese muoiono circa 550mila persone ogni anno, si parla di una platea di 20mila cittadini.

L'unica conquista fino a oggi di chi sostiene 'il fine vita' è il Biotestamento, ma dopo 5 anni esatti dall'entrata in vigore della legge, il tema resta semi-conosciuto. Solo lo 0,4% degli italiani, infatti, ha depositato le disposizioni anticipate di trattamento. Su 47,4 milioni di residenti sono state depositate appena 186mila Dat (Disposizioni anticipate di trattamento) e di queste 145mila sono state inviate alla Banca dati nazionale. Il contatore dell'associazione Coscioni rileva che si ha una Dat ogni 215 abitanti. «Un vuoto nell'utilizzo di questo strumento determinato innanzitutto dalla mancanza di conoscenza della legge», è la

denuncia dell'associazione Luca Coscioni, che ha condotto un'indagine in collaborazione con le Cellule Coscioni di tutta Italia, per richiedere a 6.500 Comuni quante Dat sono state ricevute dall'entrata in vigore della legge a oggi e quante sono state trasferite alla Banca dati nazionale. In testa alle regioni virtuose l'Abruzzo con una Dat ogni 146 abitanti, seguita da Marche (153,3) e Piemonte

(159,4). Maglia nera al Lazio all'ultimo posto con (346,4), seguita da Campania (336,5) e Sardegna (301,9). «Da parte del ministero della Salute - affermano - non è mai stata fatta una campagna informativa che, come indicato nella legge, avrebbe dovuto partire 'entro sessanta giorni' dalla sua entrata in vigore». «La legge non ha punti deboli, consentendo di interrompere le terapie e depositare il testamento biologico - spiega Marco Cappato, tesoriere dell'associazione Coscioni -. Gli italiani non sono coinvolti perché esorcizzano il tema morte? Non credo, basta guardare alle dichiarazioni sulla donazione degli organi, depositate da 14 milioni di perso-

ne. La differenza è che in quel caso la conoscenza è capillare». Il ruolo dei medici in questo contesto è determinante, a volte vengono accusati di non pren-

dere posizione, infatti Cappato chiede «che a tutte le persone sia chiesto, magari dai dottori, 'se lei dovesse non essere più in grado di intendere e volere, vorrebbe aver affidato a qualcuno le sue volontà?'. Nessuno pretende che il testamento biologico sia obbligatorio».

E proprio a 5 anni dalla legge 219, l'associazione lancia una campagna informativa con due iniziative. La prima farà leva su un video narrato da Giobbe Covatta dal titolo 'Il biotestamento spiegato agli adulti'. «Nonno, tu pensi di morire?»: con questa domanda una bambina, a partire dell'esperienza della morte del gatto, coinvolge il nonno sul tema del biotestamento e gli spiega l'importanza di poter esprimere anticipatamente le proprie scelte in termini di trattamenti sanitari, per evitare che siano altri, tipo lei, a dover decidere per lui. La seconda è il 'Numero bianco per fare luce sui diritti di fine vita', la linea telefonica (06 9931 3409) che fino al 3 febbraio, oltre al consueto supporto offerto quotidianamente dai volontari, fornirà la consulenza medica gratuita sui quesiti legati al testamento biologico. «Ci sostituiamo ancora una



volta allo Stato, coi mezzi a nostra disposizione, nel realizzare una campagna di informazione su uno strumento finora tenuto nascosto dal ministero della Salute dei governi che si sono succeduti in questi 5 anni. Abbiamo chiesto ufficialmente un incontro anche all'attuale ministro della Salute, Orazio Schillaci, per parlare di questo e altri

temi legati alle libertà fondamentali e al diritto alla salute», spiega Filomena Gallo, segretaria dell'associazione Coscioni.

Alessandro Belardetti

La gente non vuole parlare della propria morte? Non è vero, in 14 milioni hanno detto sì a donare gli organi

Ogni giorno cinque persone intraprendono l'iter per la morte 'medicalizzata'



Dj Fabo, morto in Svizzera nel 2017. Sopra, Marco Cappato, tesoriere di Coscioni



COVID, LA RESA DEI CONTI

Da «Newsweek» mea culpa sul virus «Noi scienziati ci siamo sbagliati»

Dopo il «Wall Street Journal» un'altra grande testata americana affida a un ricercatore una critica spietata sulla gestione della pandemia: «Le bugie su immunità e diffusione dell'infezione ci sono costate vite umane»

di **MADDALENA LOY**



■ Dopo il *Wall Street Journal*, ora tocca a *Newsweek*. Una a una, le maggiori testate americane stanno picconando a colpi di editoriali e commenti la gestione mondiale della pandemia, della quale sono stati proprio gli Stati Uniti a tirare le fila. L'ultimo mea culpa è arrivato dallo storico settimanale statunitense, diffuso e tradotto in tutto il mondo, il cui sito vanta 48 milioni di visitatori unici e 100 milioni di lettori unici al mese.

Newsweek ha affidato al dottor **Kevin Bass**, MD-PhD della Scuola di Medicina in Texas, la stroncatura del management scientifico e politico americano, senza risparmiare nessuno: «Il Cdc, l'Oms e la Fda hanno ripetutamente enfatizzato le evidenze e ingannato la popolazione, è ora che la comunità scientifica ammetta tutti gli errori sul Covid, perché sono costati vite umane», ha bacchettato **Bass**, stilando il *cahier des doléances* della gestione pandemica. «L'immunità da vaccino rispetto a quella naturale, la chiusura delle scuole, le modalità di trasmissione della malattia, la diffusione via aerosol, l'obbligo di mascherina» e, non ultime, «l'efficacia e la sicurezza dei vaccini».

Bass ha citato tutti gli studi che hanno smentito le decisioni delle autorità. L'infezione naturale, ad esempio,

protegge di più di quella indotta da vaccino (perché stupirsene? È sempre stato così, ndr), così come è chiaro che tenere le scuole aperte non aumenti la diffusione del contagio, il Covid non si diffonde via aerosol, non c'è evidenza che le mascherine blocchino la trasmissione (come dimostrano gli unici due studi randomizzati Danmask e Bangladesh, ndr) e sui vaccini ci sono evidenti problemi di sicurezza, a cominciare dal rischio di miocarditi, che non è «lieve e raro» come molti scienziati hanno dichiarato, a cominciare dal consulente scientifico della Casa Bianca **Anthony Fauci**. «Sorprensamente, alcuni di questi simulacri scientifici sono perpetuati anche oggi», osserva **Bass**. Suona familiare: l'Italia sembra aggrappata al virus e, tra tamponi, green pass e distanziamento, molte restrizioni sopravvivono alla pandemia.

Oltre a puntare il dito sugli errori commessi, il commentatore di *Newsweek* ha sottolineato il costo, «in migliaia se non milioni di decessi evitabili», che questi errori hanno causato: «La nostra (della scienza, ndr) risposta emotiva e la partigianeria radicata ci hanno impedito di accorgerci dell'impatto delle nostre azioni sui cittadini, che avremmo dovuto servire. Abbiamo sistematicamente minimizzato - scrive **Bass** - gli effetti negativi delle misure imposte senza consenso, an-

dando a colpire i più vulnerabili: poveri, classe operaia, piccoli imprenditori, neri e sudamericani, bambini, silenziati dalla macchina mediatica». Un drammatico film noto anche in Italia.

Newsweek, come una settimana fa anche il *Wall Street Journal*, ha denunciato il clima di censura sui temi pandemici: «Autorità in campo scientifico come i professori di Stanford **John Ioannidis**, **Jay Bhattacharya** e **Scott Atlas**, o i professori dell'Università della California **Vinay Prasad** e **Monica Gandhi**, sono stati censurati da folle scatenate di detrattori all'interno della comunità scientifica». È accaduto anche da noi, ma nessuno sembra essersene accorto. Nel migliore dei casi, c'è stato un eccesso di paternalismo, ha spiegato **Bass**, evocando dinamiche vissute dolorosamente anche nel nostro Paese. In effetti, la confusione tra valutazioni scientifiche e politiche sanitarie ha preso il sopravvento: queste ultime avrebbero dovuto coinvolgere attivamente i cittadini in quanto contribuenti, ma qualcosa è andato storto. «Se i funzionari della sanità pubblica aves-



VERITÀ

sero agito con meno arroganza, avremmo perso meno vite», è il drammatico bilancio del settimanale americano, che ha ribaltato l'accusa di «complotto» solitamente rivolta a «l'altra scienza»: «È il governo ad aver cospirato con le società dominanti nel settore della tecnologia dell'informazione per sopprimere in modo aggressivo le valide preoccupazioni di chi non era d'accordo, e bollare le opinioni contrarie come "disinformazione", "analfabetismo scientifico" e "ignoranza"». Affermazioni molto stridenti rispetto alle politiche contro la cosiddetta «disinformazione» avviate già

dal 2021 da Usa e Ue, che puntano proprio a silenziare il dibattito politico e scientifico per sempre.

Il risultato di queste politiche lo constatiamo ogni giorno (e non soltanto negli Stati Uniti, ndr): «Troppi decessi, sfiducia nei vaccini, élite che si sono ulteriormente arricchite con il Covid, aumento dei suicidi e della violenza, tasso di depressione e ansia quasi raddoppiato, calo catastrofico delle performances scolastiche tra i bambini già svantaggiati e, per finire, una crescente sfiducia nelle autorità sanitarie, nella scienza e nella politica in generale».

La macchina pandemica, però, sembra ormai lanciata a velocità folle contro il muro

di tutte le evidenze: «Il "pensiero di gruppo" è ormai troppo radicato», è l'amara constatazione di **Bass**, «e nessuno vuole assumersi pubblicamente le proprie responsabilità». Neanche se è in gioco la democrazia.



I FONDI EUROPEI: SECONDI SOLO AI TEDESCHI

Ricerca, il miracolo italiano

di **Gianna Fregonara e Orsola Riva**

a pagina 20

Borse di studio Ue per la ricerca Balzo degli italiani: sono secondi

In testa la Germania, raddoppiati i nostri centri finanziati. E attraiamo gli stranieri

Dagli studi sullo spettro autistico a quelli sull'intelligenza artificiale, l'Italia della ricerca d'eccellenza alza la testa. Nell'annuale assegnazione degli *Erc Consolidator Grants*, i ricchi e prestigiosi contratti di ricerca assegnati dalla Commissione europea, i ricercatori italiani si confermano secondi solo ai tedeschi con trentadue «borse» vinte, in Italia e all'estero. Ma quest'anno c'è un'altra buona notizia: raddoppiano i finanziamenti vinti dai laboratori italiani. Erano undici lo scorso anno, quest'anno sono ventuno, di cui cinque fanno capo a degli scienziati stranieri che hanno scelto di lavorare in un'università o in un centro di ricerca italiani. Eravamo precipitati a metà classifica (undicesimi su ventiquattro Paesi), siamo risaliti in sesta posizione, appena dietro alla Spagna.

Il bottino più grosso se lo è aggiudicato Ca' Foscari con quattro borse, seguita dall'Università di Trento con due; tutte gli altri atenei, da Padova a Bologna, dalla Sant'Anna di Pisa a Cagliari, se ne aggiudicano una a testa, anche se il

«sistema Milano» nel suo complesso fa quasi *l'en plein* con ben 5 progetti approvati: uno alla Statale, uno alla Bicocca, uno al Politecnico, uno

allo Human Technopole e uno all'Università Vita e Salute del San Raffaele.

I ricercatori italiani si confermano al top in Europa, davanti a francesi e inglesi. In tutto hanno vinto 32 *grants*, anche se solo la metà di loro lavora in Italia, mentre gli altri prestano le loro intelligenze a dei laboratori stranieri. Non una novità, ma l'ennesima conferma dell'assoluta eccellenza degli studiosi preparati dalle università italiane, che poi però faticano a trattenerli a causa dell'esiguità dei fondi

e delle posizioni disponibili.

Quest'anno però a controbilanciare l'esodo di cervelli, c'è una buona notizia: le nostre università e i nostri laboratori non sono più solo esportatori netti di talenti, ma iniziano anche ad attrarre dall'estero. Delle 21 borse di studio che si è aggiudicato il nostro Paese, 5 sono state vinte da ricercatori stranieri: due a Ca' Foscari, uno allo Human

Technopole, uno all'IIT di Rovereto e uno allo European University Institute di Fiesole.

Gli *Erc consolidator grants* sono dei finanziamenti riservati ai ricercatori non più alle prime armi ma non ancora *senior* (devono avere terminato il loro dottorato almeno da 7 anni). Ogni progetto riceve fino a due milioni di euro di finanziamento: quest'anno su 2.222 domande, ne sono state accolte 321. Un finanziamento su cinque (62 in tutto) è andato a un laboratorio tedesco. Segue il Regno Unito con 45, la Francia con 42 progetti, Israele e la Spagna con 24 e l'Italia con 21: sesta in assoluto, quarta fra i Paesi dell'Unione europea. Un ottimo piazzamento, soprattutto se confrontato con l'anno scorso quando ci aveva superato anche il Belgio. Del resto, che la ricerca in Italia soffra di un sotto finanziamento cronico è cosa nota: in rapporto al Pil spendiamo l'1,5 per cento, contro l'1,7 per cento del Regno Unito, il 2,2 per cento della Francia e il 3,1 per cento della Germania.

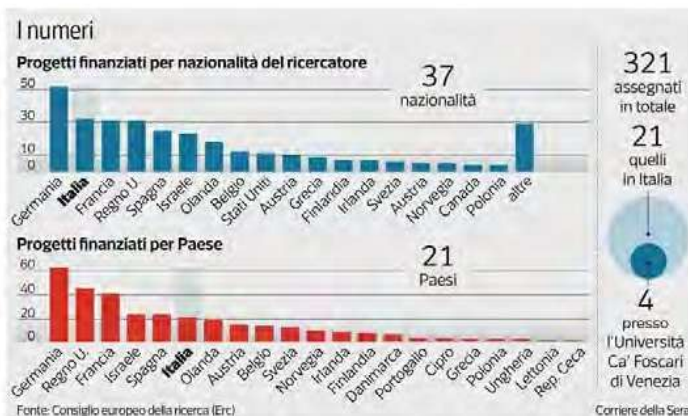
Spiace che in generale le ricercatrici siano sotto rappre-

sentate: su 321 progetti, appena un terzo è in capo a una donna (112), mentre gli uomini sono quasi il doppio (208). In Italia, stessa proporzione: sette su ventuno. Qualche segnale più positivo viene dalle borse destinate ai ricercatori *junior* — i cosiddetti *Erc starting grants* — in cui le ricercatrici continuano a scalare posizioni tanto che l'anno scorso da noi erano addirittura più dei ricercatori.

**Gianna Fregonara
Orsola Riva**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Squilibrio di genere
Su 321 progetti «approvati» in tutto, solo un terzo è in capo a una donna: 112





Scende la “soglia magica” dei passi necessari per stare bene che l’Oms ha fissato in 10 mila al giorno. Ne bastano seimila, dicono Cnr e American Heart Association

Camminare meno, camminare tutti

LO STUDIO

Esiste una ricetta per ridurre il rischio di malattie cardiovascolari di un terzo, o della metà. Serve anche a prevenire e curare il diabete, l’ipertensione arteriosa, l’osteoporosi, e persino i tumori della mammella e del colon. Una recente ricerca dell’Unità Prevenzione e Protezione del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr) dimostra che il beneficio esiste anche riducendo nettamente il dosaggio. Non parliamo di un farmaco di ultima generazione, ma di una pratica semplice e antica quanto il mondo. Camminare, spostarsi a piedi, fare un passo dopo l’altro in un parco, lungo un marciapiede o su un sentiero.

LA FREQUENZA

Da decenni l’Organizzazione Mondiale della Sanità sottolinea l’importanza dell’esercizio fisico per la

salute, e consiglia di camminare, correre o pedalare per almeno mezz’ora, almeno tre o quattro volte a settimana. Secondo l’Oms, la “soglia magica” del benessere è intorno ai 10.000 passi al giorno.

Circa dieci chilometri se si cammina a passi lunghi e distesi, più o meno la metà con passo cittadino e tranquillo. Una misura raggiungibile per molti, ma che può spaventare qualcuno, dato che, secondo l’Istat, il 34% degli italiani adulti (era il 41% nel 2000) non compie alcuna attività fisica. Oggi, grazie al Cnr e alla prestigiosa American Heart Association americana, il traguardo da raggiungere per star bene si è avvicinato. Una sorta di contrordine.

L'ORGANISMO

«Per ottenere benefici per la salute bastano meno passi, tra i 5.500 e i 6.000 al giorno - spiega Roberto Volpe, medico ricercatore dell’Unità Prevenzione e Protezione del Cnr - Una semplice camminata a passo svelto, una tipica attività di tipo aerobico alla portata di tutti, al-

lena l’organismo a estrarre l’ossigeno dal sangue, e aiuta gli organi a lavorare meglio. Per questo è associata a un minor rischio di malattie cardiovascolari».

Il lavoro del Cnr si basa su recenti studi realizzati negli Stati Uniti. Una ricerca pubblicata nel 2021 sulla rivista scientifica *Jama* (testata scientifica della American Medical Association) ha seguito 2.110 adulti in un arco di 11 anni. «È emerso che chi camminava di meno ha sviluppato un rischio di mortalità tra il 50% e il 70% superiore a chi invece compiva almeno 6.000-8.000 passi al giorno», aggiunge Volpe. Un’altra rivista scientifica, *Circula-*



tion, ha pubblicato a dicembre i dati relativi a 20.152 adulti, età media 62 anni, per il 52% donne, che sono stati seguiti per 6 anni.

Durante questo periodo, nei soggetti coinvolti, si sono verificati 1.523 eventi cardiovascolari (infarti e ictus) di varia gravità. Il dato più interessante, però, è che i soggetti che facevano circa 5.500 passi al giorno avevano un rischio inferiore del 38% rispetto a chi ne faceva soltanto 2.000. In quelli che facevano 9.000 passi (un numero poco inferiore alla soglia dell'Oms), il rischio cardiovascolare era inferiore del 49%. «Un dato che - spiega ancora Volpe - mostra una relazione dose-risposta. Aumentare i passi giornalieri può, comunque, senz'altro apportare ulteriori benefici».

I PERCORSI

È importante ricordare che si può camminare in molti modi diversi. Gli escursionisti allenati, soci del Club alpino italiano o di altre associazioni, sono abituati a muoversi per 5 o 6 ore, superando in un'ora 400 metri di dislivello in salita o 4

chilometri in piano. I camminatori/pellegrini impegnati sulla Francigena o su percorsi simili affrontano tappe di 20 o 25 chilometri. Maurizio Damilano, medaglia d'oro della 20 km di marcia alle Olimpiadi di Mosca nel 1980 teorizza da anni il Fitwalking, una camminata atletica al ritmo di 6 chilometri all'ora. Anche la camminata

tranquilla, però, può ridurre il rischio di infarto o di ictus. L'Oms, da anni, propone l'andare a piedi o in bicicletta non come uno sport, ma come uno stile di vita, possibile e importante a tutte le età.

LA SCUOLA

«I piedi e la bici sono mezzi di trasporto accessibili a tutti, non costosi - si legge in un documento dell'Oms - che hanno ricadute positive sulla salute, sull'economia e sull'ambiente». Negli Stati Uniti, a ottobre, proprio l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha organizzato il "Walk&Roll to School Day", la Giornata dell'andare a scuola a piedi o in bici. Nella nostra vita quoti-

diana, ogni volta che è possibile, il consiglio è di andare e tornare a piedi dal lavoro, di rinunciare all'ascensore per le scale, di sostituire per qualche ora la televisione con una camminata in un parco cittadino o su un sentiero.

«I nostri dati, come quelli degli altri studi Usa, mostrano che un terzo degli italiani non fa attività sportiva, e si espone per questo a un serio rischio - conclude Roberto Volpe - I dati Istat ci mostrano che il numero diminuisce, ma la diminuzione deve diventare più rapida. Portare la "soglia magica" a 5.500-6.000 passi al giorno invece dei tradizionali 10.000 serve a far capire che avere dei benefici è più facile. Ed è uno stimolo importante a farsi del bene».

Stefano Ardito

**I BENEFICI DEL MOVIMENTO
ESISTONO ANCHE SE SI
RIDUCE NETTAMENTE
L'ATTIVITÀ, EPPURE IL
34% DEGLI ITALIANI NON
PRATICA ALCUNO SPORT**

**SPOSTARSI A PIEDI
DIMEZZA IL RISCHIO
CARDIOVASCOLARE,
PREVIENE IPERTENSIONE,
DIABETE E I TUMORI ALLA
MAMMELLA E AL COLON**



La sanità discrimina i malati Condannata la Lombardia

di ANTONIO MURZIO

A PAGINA 11

L'esenzione dal ticket prevista dalla Giunta del governatore Fontana (foto) discrimina i cittadini, penalizzando tanto i migranti quanto gli italiani. E ora il Tribunale di Milano condanna la Regione.



Discriminati i malati lombardi Condannata la Regione

Il Tribunale bocchia la norma sull'esenzione dal ticket Fatta contro i migranti, ha colpito pure gli italiani

di ANTONIO MURZIO

Ancora una bocciatura per le politiche sanitarie della giunta di **Attilio Fontana** in Lombardia. A decretarla, stavolta, è stata una giudice del tribunale civile di Milano che ha ritenuto discriminatoria la condotta della Regione in materia di diritto all'esenzione dal ticket. Secondo la giunta di centrodestra a trazione leghista, l'esenzione spetterebbe solo a chi è senza lavoro, ma solo se in precedenza ha già svolto una attività lavorativa, di qualsiasi durata. Chi non ha mai avuto rapporti di lavoro (i cosiddetti inoccupati), anche quando non supera i limiti di reddito previsti dalla legge, il ticket deve pagarlo. A portare in tribunale la Regione Lombardia sono state l'Asgi, l'Associazione studi giuridici sull'immigrazione, ed Emergency. Secondo le due associazioni, la condotta della Regione sarebbe discriminatoria perché colpirebbe "in misura enormemente più elevata gli stranieri - e pressoché tutti i richiedenti asilo - rispetto agli italiani".

LAUTOGOL

Pensando di "colpire" gli immigrati (già rinfrescare la memoria: cinque anni fa l'aspirante governatore Fontana, in una intervista a *Radio Padania*, aveva sostenuto che la "razza a bianca è a rischio", per poi derubricare la sua frase xenofoba a semplice "lapsus"), la discriminazione sul ticket danneggia di fatto anche gli italiani

che non hanno un lavoro. Una legge del 1993, infatti, attribuisce il diritto all'esenzione dal pagamento del ticket sanitario a tutte le persone residenti in Italia che sono senza lavoro. Secondo Asgi ed Emergency

è "evidente che uno straniero richiedente asilo o titolare di permesso di soggiorno per motivi non lavorativi non possa vantare un precedente rapporto di lavoro subordinato in Italia. Tanto più che i richiedenti asilo possono svolgere attività lavorativa solo decorsi 60 giorni dalla richiesta del relativo permesso di soggiorno". Ed "è, poi, ovvio che il riconoscimento dell'esenzione ai disoccupati senza precedente rapporto di lavoro deve avvenire nei confronti di tutti i soggetti residenti in Lombardia pena il verificarsi di una discriminazione

alla rovescia". "La vicenda nasce da un orientamento del ministero della Salute che da anni pretende di distinguere tra persone disoccupate ai quali viene riconosciuta l'esenzione dal ticket e "inoccupate" (cioè persone prive di lavoro che in precedenza non hanno mai



lavorato) ai quali invece l'esenzione viene negata", spiegano ancora le due associazioni. "Il Consiglio di Stato", dicono i legali di Asgi ed Emergency, "ha ribadito la parità di trattamento tra inoccupati e disoccupati".

VERDETTO NASCOSTO
La giudice milanese **Maria Beatrice Gigli**, che ha accolto il ricorso delle due associazioni e ha ordinato alla Regione Lombardia l'eliminazione della discriminazione,

ha anche disposto che il dispositivo contenuto nella sua ordinanza fosse pubblicato sul sito istituzionale dell'ente "per almeno 30 giorni decorrenti dalla comunicazione del presente provvedimento". "Ad oggi", lamenta l'Asgi, "la pubblicazione risulta avvenuta nella sezione "attività istituzionale", ma non compare nell'area sanitaria sotto la specifica sezione "esenzioni" né in altre parti dell'intera area sanitaria. Al fine di favorire opportuna conoscenza alla cittadinanza e alle Aziende Sanitarie Territoriali, la Regione Lombardia dovrebbe attivare, comunque, la pubblicazione nell'area del sito regionale dedicato alle

esenzioni e inviare formali disposizioni a tutti i presidi sanitari locali". In piena campagna elettorale per le regionali, Fontana la polvere evidentemente preferisce nascondere sotto il tappeto.

L'ordinanza

Le prestazioni gratis per i disoccupati che hanno già svolto un lavoro non penalizzano solo i richiedenti asilo



PARADOSSO SANITÀ

Salasso sulle visite mediche

*Più care le prestazioni in intramoenia
Solo per un esame ortopedico
si può spendere fino a mille euro*

*La media dei rincari è del 15-20%
L'85% va allo specialista il resto all'ospedale
In alcuni casi il costo è quadruplicato*

*Sempre più lunghi invece i tempi di attesa
Con il ticket regionale si arriva a fissare
un appuntamento anche dopo 13 mesi*

••• Liste d'attesa sempre più lunghe ma con la mano al portafogli il tempo si restringe notevolmente. Non a caso aumentano le tariffe per le visite in intramoenia.

Sbraga a pagina 17

SALASSO SANITÀ

Solo al Sant'Andrea la variazione dei costi è stata applicata a circa 300 prestazioni con una media dei rincari del 15-20%

Visite mediche più care

*Mentre si allungano le liste d'attesa aumentano le tariffe dei camici bianchi in intramoenia
Per un esame ortopedico si può arrivare a spendere anche mille euro e per un controllo 800*

ANTONIO SBRAGA

••• Nel Lazio aumentano sempre di più le liste d'attesa: fino a 13 mesi di fila col normale ticket. Ma gli aumenti li subiscono anche coloro che scelgono d'imboccare la corsia preferenziale delle agende in intramoenia. Anche se i rincari, in questo caso, riguardano le tariffe da pagare. Ossia quelle previste dagli sportelli Cup per chi chiede di fissare subito gli appuntamenti con i medici ospedalieri che, al di fuori del normale orario di lavoro, effettuano visite ed esami aggiuntivi in regime di «libera professione» all'interno dei vari nosocomi. L'ospedale Sant'Andrea, ad esempio, ha appena autorizzato una «variazione tariffe attività libero-professionale intramuraria» per circa 300 prestazioni a fronte «delle richieste di variazione e adeguamento tariffe presentate dagli interessati». I camici bianchi hanno chiesto una media di rincari tra il 15 e il 20%. Ma non tutte le richieste degli specialisti sono uguali: un medico ha ottenuto addirittura la quadruplicazione delle tariffe. Per una visita ortopedica, infatti, si passa dall'attuale forchetta di «200-250 euro a 250-1.000 euro»

(mentre per la «visita di controllo dall'attuale tariffa di 150-200 a 200-800»). Ma ci sono anche tariffe raddoppiate (per la «fotografia del fundus oculare» si passa dalla quota attuale di 78 euro a 150). Oppure aumenti di un terzo (per una visita cardiocirurgica dalla tariffa attuale di 200 a 300 euro e per una visita radiologica da 100 a 150 euro). Oppure rincari di un quarto rispetto all'attuale tariffa (visita psichiatrica da 150 a 200 euro). Eppure il Sant'Andrea, proprio come l'Ifo-Regina Elena, nell'ultimo bilancio ha registrato un aumento degli incassi dell'intramoenia del 21%, passando da 6 milioni e 453 mila euro a 7 milioni e 788 mila euro. Di cui, però, l'85% va ai medici: il «totale quote retrocesse al personale», infatti, è stato di 6 milioni e 695 mila euro. Già lo scorso anno, infatti, nell'ospedale di via di Grottarossa il listino degli appuntamenti in intramoe-



nia aveva subito una decina d'aumenti: colonoscopia + biopsia da 300 euro a 350, esofagogastroduodenoscopia + biopsia da 200 a 250, prima visita chirurgica da 150 a 200, visita chirurgica da 180 a 200, visita neurologica controllo domiciliare da 180 a 200, visita neurologica di controllo da 110 a 130, visita neurologica da 150 a 170, ecografia prostatica sovrapubica da 120 a 150. Stavolta ci sono anche una ventina di ribassi, a partire dalla visita chirurgica oncologica, passata da 350

euro a 250. Oppure la polisonnografia, ridotta da 200 a 150 euro. Però le tariffe variano a seconda del medico prescelto dal paziente, in una sorta di «menù à la carte» che, all'ospedale San Camillo-Forlanini, ad esempio, vede anche più che quintuplicare l'importo per la medesima prestazione. Tra i 6 medici che effettuano l'ecocolordoppler cardiaco da stress, infatti, si può scegliere da un minimo di 150 euro di uno specialista ad un massimo di 800 per effettuarlo con un altro. Mentre quasi triplica l'importo tra le varie tariffe praticate dai 12 camici bianchi che effettuano l'eco(color)doppler dell'aorta addominale: da 80 a 200 euro. E raddoppia la forchetta della tariffa chiesta dai 16 medici che effettuano l'ecografia dell'addome completo: si va da chi chiede 100 fino ai 200 euro.

Ribassi

Applicati in venti casi per circa 50 euro. L'85% dell'incasso va allo specialista il resto alla struttura

Bilanci

Una delle poche caselle in crescita nelle casse degli ospedali è quella dell'attività libero-professionale

Prenotazioni

Sempre più difficili quelle per gli esami mentre rincarà il costo delle visite a carico dei pazienti



La corsa alle Regionali: è scontro sul Forlanini

► Il candidato del centrodestra Rocca: «Un bene collettivo, ma attenzione ai costi»
 ► La replica dell'assessore alla Sanità: «Diventerà una cittadella della salute»

Il futuro dell'ex ospedale Forlanini scatena scintille tra i candidati a presidente della giunta regionale. Durante il confronto "faccia a faccia" di ieri, Alessio D'Amato (centrosinistra), Donatella Bianchi (M5S) e Francesco Rocca (centrodestra), hanno dimostrato di aver messo idee distinte.

Per D'Amato «l'obiettivo è farlo diventare una vera cittadella della salute europea. L'ipotesi inserita nel programma è quella del trasferimento del Bambino Gesù all'interno dell'ospedale Forlanini. Non è un tema di campagna elettorale». «Il recupero del Forlanini è molto costoso - dice Rocca - Guardo con favore l'idea di spostare il Bambino Gesù al Forlanini ma quando guarderanno i costi faranno prima a costruire un ospedale nuovo. C'è un problema di costi di ristrutturazione. Vediamo quello che è possibile fare per proteggere un patrimonio importante. La destinazione privilegiata non può essere che sanitaria». Proprio sull'attuazione del trasferimento il candidato del centrodestra incalza il suo sfidante di centrosinistra e dice: «Immagino che l'assessorato abbia i costi per la ristrutturazione». E D'Amato replica: «Le valutazioni sui costi per la ristrutturazione del Forlanini sono di oltre 300 milioni». Bianchi, invece, sottoli-

nea che per il recupero della vecchia struttura ospedaliera, ormai chiusa da anni, «bisogna ascoltare i comitati cittadini per trovare la migliore situazione».

AMBIENTE

L'occasione dell'incontro tra candidati è stata buona anche per un botta e risposta tra Bianchi e D'Amato sul termovalorizzatore che si ha intenzione di costruire a Roma. «Non capisco come un assessore alla sanità possa pensare che un impianto che inquina possa essere la soluzione. Nel piano di Gualtieri non c'è una riga sulla differenziata, non capisco», ha detto l'esponente grillina che ha ribadito il suo «no assoluto all'inceneritore». «Non rientra nelle indicazioni che l'Europa ci dà, appartiene al passato - prosegue - È una soluzione vecchia. Dobbiamo partire da un serio cronoprogramma sulla differenziata per arrivare a nuove tecnologie con impianti di nuova generazione come ossicombustione che non brucia». Non si è fatta mancare la replica di D'Amato. «Dire che il termovalorizzatore inquina non è corretto - ha risposto - C'è un controllo delle emissioni, ci sono le agenzie preposte che hanno un controllo h24. Il termovalorizzatore non è un elemento inquinante se viene fatto con le migliori tecnologie».

I TEMPI

A infiammare gli animi tra candidati è ancora una volta la sanità. Dopo poco il tema che ha stuzzicato i papabili presidenti è stato quello delle politiche di prevenzione nella lotta ai tumori. «Il programma nazionale degli esiti dimostra che le cure nel Lazio stanno migliorando, anche nelle province», dice D'Amato. «Ma i cittadini di quelle aree hanno la sensazione di essere abbandonati» ribatte Rocca. E l'esponente del centrosinistra: «Un conto sono le sensazioni, altro conto gli esiti». «Ma se siamo gli ultimi sugli screening oncologici», ha risposto il candidato del centrodestra. «Sono dati falsi - dice D'Amato - I Lea, i livelli essenziali di assistenza, sono importanti. Quando il centrodestra stava sotto la soglia sono stati commissariati». «D'Amato è nervoso - sottolinea Rocca, arrivato con oltre mezz'ora di ritardo al confronto che si è svolto nella redazione del Tempo, a palazzo Wedekind - perché sente avvicinarsi la medaglia di bronzo» alle prossime urne. «Non sono nervoso ma irritato - risponde D'Amato - dato che io sono arrivato puntuale, ho aspettato un'ora e ora devo andare via perché ho un altro impegno».

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

**DONATELLA BIANCHI,
MOVIMENTO 5 STELLE:
«SUL FUTURO
DELLA STRUTTURA
BISOGNA ASCOLTARE
ANCHE I CITTADINI»**

**BOTTA E RISPOSTA
ACCESSO TRA I
CONTENDENTI
SULLE LISTE
D'ATTESA PER VISITE
E RICOVERI**

