

25 marzo 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS
ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

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

US
R
A

IL TEMPO

23/03/2024

I NODI DELLA SANITÀ

Rinvio del «Decreto Tariffe», esultano le associazioni

••• «L'ipotesi di una proroga del termine di entrata in vigore del Decreto Tariffe e la revisione delle stesse con la collaborazione degli operatori sanitari sul campo ha portato un po' di serenità nel clima di sconforto che ha spinto l'Unione Ambulatori e Poliambulatori (UAP) ad organizzare la "giornata al Brancaccio", con il sostegno delle numerose sigle associative che operano nel mondo sanitario del Lazio e dell'intero Paese», esulta l'associazione religiosa degli Istituti sanitari (Aris). Per la prossima settimana, infatti, è previsto l'incontro Ministero-Regioni che dovrebbe formalizzare i termini del rinvio della norma, la cui entrata in vigore era stata inizialmente fissata dal primo aprile. Dopo le anticipazioni del presidente della Regione Lazio a *Il Tempo*, infatti, giovedì scorso è arrivata una prima conferma dallo stesso ministro della Salute: «Sul rinvio del provvedimento relativo al nuovo nomenclatore tariffario ci stiamo ragionando, perché cre-

do che sia importante avere in qualche caso delle tariffe più adeguate a quelle che sono oggi la realtà quotidiana. Credo che rinvieremo il provvedimento in accordo con le Regioni». Questo l'annuncio del ministro, Orazio Schillaci, a margine dell'evento organizzato dall'Adnkronos Q&A "Salute e sanità, una sfida condivisa". Un risultato accolto con favore anche dalla presidente dell'Ordine dei biologi di Lazio e Abruzzo, Daniela Arduini: «L'impatto del nuovo nomenclatore tariffario sui biologi può essere devastante se le Regioni non intervengono, per questo voglio ringraziare il presidente della Regione Lazio Francesco Rocca per aver chiesto al ministro della Salute il differimento della sua entrata in vigore. Accogliamo con favore l'accoglimento della proposta da parte del ministro Schillaci, in attesa di un intervento complessivo». Quello richiesto anche nel corso dell'incontro nazionale delle categorie ambulatoriali e poliambulatoriali che si

sono riunite al teatro Brancaccio per protestare contro il nuovo nomenclatore tariffario. Il presidente dell'Ordine dei medici di Roma, Antonio Magi, ha ricordato che «la tariffa è la somma tra costi, guadagno e qualità. Qui noi abbiamo perso l'autonomia tariffaria e siamo arrivati a una sanità gestita dal Mef secondo la disponibilità di cassa. A seconda della disponibilità si fanno le tariffe e questo, lo capite bene, va a discapito della qualità prestazionale ed è un fatto da tenere presente. Io sono molto preoccupato». Al pari della Confapi e dell'Associazione Italiana Ospedalità Privata (Aiop). **ANT. SBR.**



Orazio Schillaci Il ministro della Sanità l'altro ieri ha annunciato il rinvio del provvedimento in accordo con le Regioni

GIORNALE DI SICILIA

25/03/2024

I nuovi «livelli essenziali di assistenza»

Prestazioni sanitarie «Lea» ancora rinviati?

Il nodo sono i tagli
previsti per le tariffe
(e i minori rimborsi)

Manuela Correra

ROMA

Bisognerà ancora attendere per poter accedere ai nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Il nomenclatore che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal primo aprile, infatti, con tutta probabilità slitterà, come ha indicato lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. Ciò significa che i Lea nella versione aggiornata, approvati nel 2017, non saranno ancora disponibili per i cittadini.

L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal primo gennaio 2024, ma è stata rinviata al 1 aprile. Ora Schillaci nei giorni scorsi ha detto: «Credo che rinvieremo in accordo con le Regioni». Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che

sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni, tra queste anche esami importanti quali mammografie, colonoscopie e visite cardiologiche. Il rischio,

denuncia l'associazione, è che le strutture non reggano: «A queste condizioni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno».

Il pericolo, avverte il sindacato Snabip Federbiologi, è anche «la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro». Da qui il più che probabile rinvio per una rivalutazione delle tariffe, per «avere in qualche caso tariffe più adeguate alla realtà di oggi», ha detto il ministro.

Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche Regioni hanno deciso di ga-

rantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Aspettare ancora è, pertanto, una prospettiva duramente contestata dalle associazioni di pazienti e cittadini. Cittadinanzattiva chiede che il decreto Tariffe entri in vigore, come previsto, dal 1 aprile: «I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio».

Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Numerose le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte, come ad esempio l'adroterapia, per il trattamento di alcuni tumori, o apparecchi per la riabilitazione motoria.



Il ministro Schillaci: credo che rinvieremo in accordo con le Regioni

Gazzetta del Sud

25/03/2024

I nuovi «livelli essenziali di assistenza»

Prestazioni sanitarie «Lea» ancora rinviati?

Il nodo sono i tagli
previsti per le tariffe
(e i minori rimborsi)

Manuela Correra
ROMA

Bisognerà ancora attendere per poter accedere ai nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Il nomenclatore che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal primo aprile, infatti, con tutta probabilità slitterà, come ha indicato lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. Ciò significa che i Lea nella versione aggiornata, approvati nel 2017, non saranno ancora disponibili per i cittadini.

L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal primo gennaio 2024, ma è stata rinviata al 1 aprile. Ora Schillaci nei giorni scorsi ha detto: «Credo che rinvieremo in accordo con le Regioni». Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni, tra queste anche esami importanti quali mammografie, colonscopie e visite cardiologiche. Il rischio, denuncia l'associazione, è che le strutture non reggano: «A queste condizioni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno».

Il pericolo, avverte il sindacato Snabip Federbiologi, è anche «la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro».

Da qui il più che probabile rinvio per una rivalutazione delle tariffe, per «avere in qualche caso tariffe più adeguate alla realtà di oggi», ha detto il ministro.

Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche Regioni hanno deciso di garantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Aspettare ancora è, pertanto, una prospettiva duramente contestata dalle associazioni di pazienti e cittadini. Cittadinanzattiva chiede che il decreto Tariffe entri in vigore, come previsto, dal 1 aprile: «I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio».

Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Numerose le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte, come ad esempio l'adroterapia, per il trattamento di alcuni tumori, o apparecchi per la riabilitazione motoria.



**Il ministro
Schillaci:
credo che
rinvieremo
in accordo
con le Regioni**

25/03/2024

IL RINVIO DELLE PRESTAZIONI GARANTITE DAL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

SANITA', ORA SALTANO I LEA

Polemiche per i test di sangue in farmacie, i microbiologi chiedono stop

DI CINZIA GENZANO

Bisognerà ancora attendere per poter accedere ai nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea), ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket. Il nomenclatore che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal primo aprile, infatti, con tutta probabilità slitterà, come ha indicato lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. Ciò significa che i Lea nella versione aggiornata, approvati nel 2017, non saranno ancora disponibili per i cittadini. L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal primo gennaio 2024, ma è stata rinviata al 1 aprile. Ora, sembra essere all'orizzonte un ulteriore rinvio. Schillaci, nei giorni scorsi, ha infatti spiegato che si stava ragionando su questo punto: "Credo che rinvieremo in accordo con le regioni", ha precisato. Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. La rimodulazione delle tariffe, chiarisce l'Aris, prevede tagli ai rimborsi per le strutture pari al 30-40% per molte prestazioni, tra queste anche esami impor-

tanti quali mammografie, colonscopie e visite cardiologiche. Il rischio, denuncia l'associazione, è che le strutture non reggano: "A queste condizioni, non sarebbe più garantito almeno il 50% delle prestazioni ambulatoriali in un anno". Il pericolo, avverte il sindacato Snabilp Federbiologi, è anche "la perdita di centinaia di migliaia di posti di lavoro". Da qui il più che probabile rinvio per una rivalutazione delle tariffe, per "avere in qualche caso tariffe più adeguate alla realtà di oggi", ha detto il ministro. Al momento, dunque, i Lea disponibili sono quelli risalenti al 2001 e solo poche regioni hanno deciso di garantire alcune delle prestazioni dei Lea aggiornati al 2017 attingendo da fondi propri. Aspettare ancora è, pertanto, una prospettiva duramente contestata dalle associazioni di pazienti e cittadini. Cittadinanzattiva chiede che il decreto Tariffe entri in vigore, come previsto, dal 1 aprile: "I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio". Su questo punto Cittadinanzattiva, con oltre 90 associazioni di pazienti, ha scritto al ministro. Fra le prestazioni incluse nei Lea del 2017 che una nuova proroga renderebbe inesigibili, spiega, vi sarebbero ad esempio le prestazioni di procreazione medicalmente assistita, la diagnosi e monitoraggio della celiachia, gli screening neonatali per alcune patologie, gli ausili informatici e di comunicazione

per disabili, i presidi avanzati per le disabilità motorie. Mentre si attendono ancora i Lea del 2017, le associazioni fanno presente anche l'urgenza di completare l'istituzione della Commissione Lea così da prevedere, con un nuovo decreto, un percorso che aggiorni ulteriormente i Lea e le rispettive tariffe, anche per consentire ai cittadini l'accesso a prestazioni ulteriori e attese, come i test Ngs per le mutazioni geniche dei tumori, la cura della fibromialgia, l'estensione dello screening neonatale ad altre patologie come la Sma, il test prenatale non invasivo. Sono 2.108 le prestazioni garantite con i nuovi Lea, rispetto alle 1702 della versione precedente, e la spesa prevista è di 402 milioni di euro. Numerose le nuove procedure diagnostiche e terapeutiche introdotte, come ad esempio l'adroterapia, un nuovo tipo di radioterapia assolutamente innovativa che si avvale degli ioni carbonio o dei protoni per il trattamento di alcuni tumori. Ed ancora: per la riabilitazione motoria sono previsti nuovi apparecchi di assistenza robotizzati ad alta tecnologia e tante novità riguardano anche l'assistenza protesica

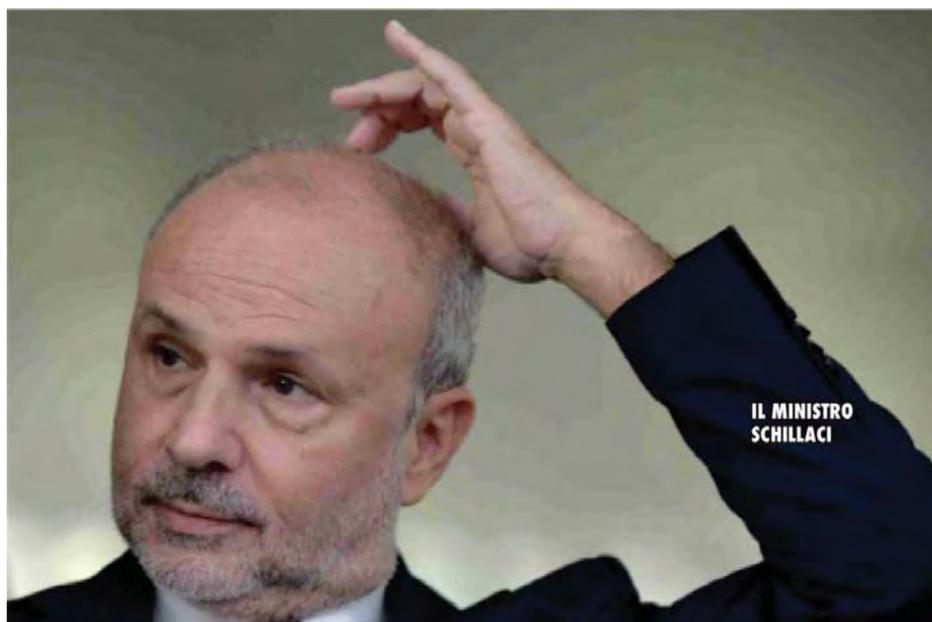
con, tra l'altro, arti artificiali a tecnologia avanzata e sistemi di riconoscimento vocale e di puntamento con lo sguardo.

I TEST DI SANGUE IN FARMACIA

Ancora prima che la bozza del ddl semplificazioni superi il varo in Consiglio dei Ministri (previsto lunedì), le novità attese per le farmacie con il rafforzamento dell'offerta dei test diagnostici, fanno alzare gli scudi da parte dei microbiologi che chiedono lo stralcio della norma. Si tratta di alcuni esami diagnostici in telemedicina e l'allargamento dell'utilizzo di alcune analisi con prelievo di sangue capillare (controllo di glicemia, colesterolo, trigliceridi, ecc.) che comunque in alcune regioni sono già a carico del servizio sanitario nazionale come in Liguria. La novità fra le molte contenute nel ddl, contribuisce a rafforzare le farmacie nel loro ruolo di centro di servizi sanitari sul territorio, con funzioni sempre più ampie. Fra queste quella di luogo dove potersi sottoporre a tutte le vaccinazioni previste dal piano sanitario vaccinale per gli over 12 e punto per prenotare visite ed esami ma anche per scegliere il medico

e il pediatra di base. "Siamo allarmati che con il ddl semplificazione venga data la possibilità alle Farmacie di eseguire esami diagnostici. Il cittadino in Farmacia non troverà uno specialista nelle discipline di Medicina di Laboratorio che per legge è l'unico a poter svolgere queste indagini dato il suo percorso accademico e curriculare" ha detto il presidente Amcli (l'associazione che rappresenta i microbiologi italiani) Pierangelo Clerici. "Non è possibile che si conceda la diagnostica di Laboratorio a chi non ha competenze - spiega - chiediamo a gran voce di fermare questo provvedimento nella parte riguardante le analisi di laboratorio". E si chiede anche di costituire una Commissione Tecnico Scientifica con tutti gli attori di questo percorso "per definire regole, obblighi e responsabilità delle Farmacie che vogliono eseguire test diagnostici, regole, obblighi e responsabilità che già oggi esistono per i Laboratori clinici (accreditamento e autorizzazione a svolgere indagini di Laboratorio) e che non possono essere tralasciate se non con il rischio di gravi ripercussioni per la salute del cittadino. Non può valere la

regola 'todos amigos todos caballeros', ognuno faccia il proprio e non si improvvisino professionalità per mero interesse di parte". L'articolo 23 della bozza cita che i farmacisti potranno effettuare test diagnostici che prevedono il prelievamento del campione biologico a livello nasale (come è già avvenuto durante il Covid), salivare o orofaringeo, da effettuare in aree, locali o strutture, anche esterne, dotate di apprestamenti idonei sotto il profilo igienico-sanitario e atti a garantire la tutela della riservatezza. Il farmacista può effettuare anche "test diagnostici per il contrasto all'antibiotico-resistenza, a supporto del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta ai fini dell'appropriatezza prescrittiva".



Cronache Sanità

Servizio sanitario, nuove cure garantite da aprile ma slittano le tariffe

ildenaro.it 24 Marzo 2024

I nuovi Livelli essenziali di assistenza (Lea) aggiornati nel 2017, ovvero le prestazioni garantite dal Servizio sanitario nazionale ai cittadini gratuitamente o con il pagamento di un ticket, entrano in vigore dal primo aprile contestualmente con il nuovo tariffario delle prestazioni, che rende esigibili le stesse da parte del cittadino, ma si profila un più che probabile rinvio come annunciato dallo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci. Il nomenclatore tariffario, che definisce le tariffe dell'assistenza specialistica ambulatoriale e protesica, che doveva entrare in vigore dal primo aprile, infatti, con tutta probabilità slitterà e questo significa che i Lea nella versione aggiornata non saranno ancora disponibili per i cittadini. L'entrata in vigore del tariffario era prevista già dal 1 gennaio 2024, ma è stata rinviata al 1 aprile. Ora, un nuovo stop. Schillaci, nei giorni scorsi, ha infatti spiegato che si stava ragionando su questo punto: "Credo che rinvieremo in accordo con le regioni", ha precisato. Il nodo sono i tagli previsti alle tariffe di alcune prestazioni, e dunque i conseguenti minori rimborsi che sarebbero così garantiti alle strutture sanitarie che le erogano. Uno scenario, quello dei tagli ai rimborsi, che ha suscitato l'accesa protesta di varie strutture private convenzionate con il Servizio sanitario, come l'Associazione religiosa istituti socio-sanitari (Aris), e dei laboratori di analisi. Le associazioni di pazienti e cittadini, al contrario, sono insorte contro l'ulteriore rinvio: "I diritti dei cittadini non meritano altre proroghe, ma garanzia di esigibilità su tutto il territorio", afferma Cittadinazattiva.



Nomenclatore Tariffario Ambulatoriale, l'Uap alza la voce

Di: **Redazione TRC** il: 23 Marzo 2024, 8:00 In: Attualità, In primo piano Nessun commento

 Stampa  Email



L'U.A.P. (Unione Ambulatori e Poliambulatori), sigla che raccoglie le più rappresentative associazioni Imprenditoriali private e professionisti che operano nel S.S.N. (Confapi, ANISAP, Unindustria, ANMED, Federlazio, Associazione imprese sanitarie indipendenti, Fenaspas), insieme ad **ARIS** (Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari) ed AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata), hanno organizzato una manifestazione presso il teatro Brancaccio di Roma, per denunciare le drammatiche conseguenze derivanti dall'applicazione del nuovo Nomenclatore Tariffario di Specialistica Ambulatoriale.

“Il nuovo Nomenclatore – spiegano dall'Uap – prevede infatti tariffe di rimborso per le prestazioni sanitarie che, in molti casi, risultano addirittura inferiori ai

costi!

Tale ennesimo e immotivato taglio della spesa sanitaria:

- metterà a rischio la tenuta finanziaria delle strutture pubbliche e private;
- potrebbe determinare la perdita di posti di lavoro;
- comporterà una sicura riduzione dell'assistenza ai cittadini.

Essa, inoltre, determinerà un'ulteriore divaricazione tra i cittadini delle Regioni che possono permettersi di integrare le tariffe con risorse proprie e di quelle che non possono permetterselo.

Davanti ad una platea gremita di operatori della sanità provenienti da ogni parte d'Italia, i rappresentanti delle varie sigle hanno:

- ricordato come le strutture sanitarie private siano parte integrante del SSN, al quale contribuiscono erogando, con efficienza ed economicità, un numero di prestazioni più che proporzionale rispetto le risorse assorbite;
- rivendicato il ruolo di presidi sanitari delle medesime strutture;
- paventato il rischio di chiusure per l'insostenibilità delle tariffe;
- evidenziato la conseguente possibilità che tale sistema tariffario, se non corretto, potrebbe portare a concentrazioni di strutture sanitarie ad opera di grandi gruppi finanziari e ad una sanità "industrializzata" con forti economie di scala a danno della qualità dell'assistenza;
- contestato la tendenza alle "Farmacie di servizi", che erogano prestazioni sanitarie senza i vincoli e le garanzie richieste alle strutture sanitarie private.

Importante l'intervento del Presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, il quale ha auspicato "che ora arrivi un rinvio per arrivare bene ad una soluzione che consenta di proteggere il lavoro degli operatori e dare risposte giuste alla comunità".

Mariastella Giorlandino, organizzatrice di UAP e rappresentante della salute, università e ricerca della Confapi, traendo le conseguenze degli interventi svolti, ha chiaramente rappresentato il danno per l'assistenza ai cittadini che deriverà dall'applicazione di tariffe illogiche e dalle ragioni opache".



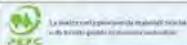
VALLEVERDE

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY



Lunedì 25 marzo 2024



Oggi con Affari&Finanza

€1,70

GLI SCENARI DELLA CRISI

Bombe alle porte dell'Europa

Putin colpisce Leopoli nell'Ucraina occidentale. Un missile russo viola lo spazio aereo polacco. La Nato teme un attacco. Kiev bersaglia la Crimea L'ex Kgb tortura i terroristi della Crocus City Hall per costringerli a confessare. È scontro tra Isis e Cremlino sulla paternità dell'attentato

Javlinskij, leader del partito liberale russo: "La strage può essere una nuova Sarajevo"

L'editoriale

Lo zar alle prese con gli spettri del male

di Ezio Mauro

Come se si muovesse fuori dal tempo, ignorando la realpolitik occidentale del calendario gregoriano...

dal nostro corrispondente

Claudio Tito

BRUXELLES - La paura di una provocazione. Di un tentativo di Putin di saggiare la prontezza della Nato nell'applicazione dell'articolo 5...

a pagina 3, di Brera, Foschini e Tonacchi da pagina 2 a pagina 8

Altan

PAVENTIAMO SCARSITA' DI MANODOPERA PER FABBRICARE LE BOMBE.



ALTAN

Vaticano

Il Papa affaticato Non legge l'omelia delle Palme



di Jacopo Scaramuzzi

È il momento più importante dell'anno liturgico, e per chi celebra uno dei più impegnativi fisicamente...

a pagina 20

Mosca

Il lutto per le vittime e i dubbi sul regime: "Non ci protegge"

dalla nostra inviata Rosalba Castelletti a pagina 4



Il missile russo che ha colpito Leopoli

Varsavia

Paura in Polonia riaperti i vecchi bunker per l'escalation militare

dalla nostra inviata Tonia Mastrobuoni a pagina 2

Tajikistan

L'avamposto nella steppa che alimenta la spirale del terrore

di Daniele Raineri a pagina 7

Migranti

Canarie, El Hierro la nuova rotta dei disperati



dalla nostra inviata Alessandra Ziniti

EL HIERRO (ISOLE CANARIE) - La punta della piroga appare per un attimo e poi si perde risucchiata giù nell'ottovolante delle onde...

alle pagine 10 e 11

Joël Dicker Un animale selvaggio IL NUOVO ROMANZO Dall'autore di La verità sul caso Harry Quebert La nave di Teseo

Formula 1

Doppietta Ferrari in Australia Sainz torna e vince dopo il ricovero



di Retico e Zaino alle pagine 32 e 33

L'intervista

Sandro Mazzola: piangevo guardando l'armadetto di papà

dal nostro inviato Maurizio Crosetti a pagina 25

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 (2821)
Roma, Via Campana 39 C - Tel. 06 (5825)

DEL LUNEDÌ

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

www.makwheels.it



Gratis mercoledì e giovedì
Le prime pagine storiche
del Corriere della Sera
con il quotidiano le stampe da collezione
Bruno Delfino a pagina 27



La scoperta
Il misterioso
Codice di Dante
di **Paolo Di Stefano**
alle pagine 30 e 31



Nel giorno del lutto nazionale il Cremlino fa salire la tensione: missile russo viola lo spazio aereo della Polonia

L'ira di Putin, bombe su Kiev

Lo zar ignora le rivendicazioni dell'Isis, che mostra nuovi video della strage a Mosca

GLI ERRORI
E LE BUGIEdi **Federico Rampini**

L'uomo dei servizi segreti è stato tradito dalle sue spie? Vladimir Putin viene dal Kgb, l'intelligence dell'Unione sovietica, fu quello il suo trampolino verso il potere politico. È sconcertante la lunga serie di fallimenti recenti dei suoi servizi segreti. Nel febbraio 2022, mentre lo zar negava pubblicamente di voler invadere l'Ucraina, l'intelligence americana annunciava il suo attacco imminente: segno che a Mosca ci sono «stalpe» pronte a tradire Putin? Poi lo zar fu colto di sorpresa dalla clamorosa rivolta della Divisione Wagner. Infine l'ultimo smacco, il più tragico per le sue conseguenze. L'intelligence Usa aveva avvisato Putin del rischio imminente di attentati dell'Isis. Lui non solo aveva ignorato l'avviso, ma lo aveva platealmente sbeffeggiato. In un discorso pubblico che i russi oggi sicuramente ricordano, aveva liquidato quella preziosa informazione americana come un «ricatto», un tentativo di guastargli la festa della rielezione.

La strage di Mosca è avvolta da troppi misteri. Putin aveva appena celebrato un voto che sembrava confermare la solidità del suo potere assoluto, e di colpo è apparso come un leader che non ha il controllo della situazione, non sa garantire la sicurezza del suo Paese.

continua a pagina 28

di **Marco Imarisio**

L'Isis mostra i video dei terroristi in azione a Mosca, ma Putin ignora le rivendicazioni, incolpa l'Ucraina e bombardava Kiev. Un missile russo sorvola la Polonia, l'allarme.

da pagina 2 a pagina 7
L. Cremonesi, Dragosei Frignani, Olimpio Serafini, Soave

LE STORIE

Salva 100 persone
Islam, piccolo eroe

di **Alessandra Muglia**
e **Monica Ricci Sargentini**
a pagina 8

GIANNELLI



DIFESA E DISTRAZIONI

Le rimozioni
(costose)
sulla guerra

di **Beppe Severgnini**

È la quinta primavera inquieta. Dopo due anni di impennate del Covid (2020 e 2021), la guerra in Ucraina (2022-2024). Dal 7 ottobre 2023 c'è anche la tragedia in Israele e a Gaza, ovviamente. E poi gli attacchi nel Mar Rosso. Ora la carneficina di Mosca, dalle conseguenze imprevedibili.

continua a pagina 28

Formula 1 Sainz (che lascerà il Cavallino) trionfa davanti a Leclerc



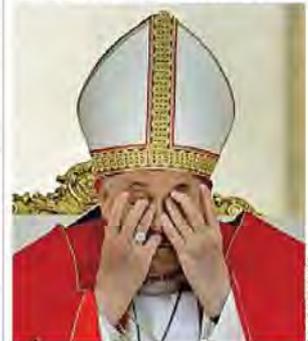
Uno-due, è festa Ferrari
Doppietta in Australia

di **Daniele Sparisci** e **Giorgio Terruzzi**

Doppietta Ferrari sotto il cielo di Melbourne, in Australia, quando in Italia era mattina presto. Il primo a tagliare il traguardo è stato Sainz, passato dal letto dell'ospedale per togliere l'appendicite al gradino più alto del podio. Una favola. Subito dietro Leclerc, mentre Verstappen ha rotto i freni. Un uno-due di Maranello che fa sperare.

alle pagine 38 e 39

Vaticano La Domenica delle Palme



Papa Francesco, 87 anni, ieri a San Pietro

Non legge l'omelia,
i lunghi silenzi
del Papa affaticato

di **Margherita De Bac** e **Gian Guido Vecchi**

Il Papa, apparso stanco e affaticato, non ha letto l'omelia. È la prima volta che accade nella Domenica delle Palme. Francesco, il respiro pesante, è rimasto a lungo in silenzio davanti ai 60 mila fedeli in Piazza San Pietro. Parla il medico che lo ha operato.

a pagina 19

Bari Il sindaco smentisce Emiliano
Decaro: mai dal boss
Si muove l'Antimafia

di **Alessandra Arachi** e **Maria Teresa Meli**

Il sindaco di Bari Decaro dopo la bufera sulle parole del governatore della Puglia Emiliano: «Io non sono mai stato a casa della sorella del boss, Michele non ricorda». Crippa (Lega): «Sciogliono il Comune». E adesso si muove anche l'Antimafia.

a pagina 12

DATARO.COM
Italia-Albania, ecco i conti

di **Milena Gabanelli** e **Simona Ravizza**

L'accordo Italia-Albania sui migranti muove 650 milioni di euro. Secondo Meloni ruoteranno 36 mila profughi all'anno. Ma i conti non tornano.

a pagina 14

ALESSANDRO
BARICCO
Alessandro Baricco
Castelli
Castelli
Il secondo volume in edicola dal 22 marzo
CORRIERE DELLA SERA
La libertà della lingua

ULTIMO BANCO
di **Alessandro D'Avenia**

Anni fa durante un'arcigna predica domenicale un ragazzo mi chiese: «Ma Gesù non ride mai?». Mi sono ricordato dell'episodio in questo periodo pasquale. Gli dissi che Cristo non è ferrogatore di precetti che compare spesso nelle prediche ma l'audace autore di una frase per me decisiva: «Sono venuto perché abbiano la vita, e l'abbiano in sovrabbondanza» (Gv 10,10). Nietzsche ha accusato il cristianesimo di proiettare la vita vera dopo la morte e di togliere quindi energia all'esistenza qui sulla terra, consolando gli uomini con una morale da sottomessi. Affermava di non poter credere a un dio che non balla, e a Cristo preferiva Dioniso, il dio greco del vino e dell'ebbrezza. Per me è il contrario, infatti, in tema di vino e balli, raccontai al ra-

Il dio del vino



gazzo che Cristo ride. Nel villaggio di Cana in Galilea, operò infatti il primo segno di quella missione di dare agli uomini, già sulla terra, vita in abbondanza: durante una festa di nozze, in cui avrà ballato come era costume, trasformò sei damigiane d'acqua (250 litri) in vino, perché gli ospiti se lo erano già sciolato tutto. Non solo ballò ma diede «spirito» a chi lo aveva esaurito ed era così buono che il maestro di tavola criticò gli sposi per aver lasciato l'annata migliore alla fine (Gv 2,1-11). Per rispondere al ragazzo avevo rubato le parole a Dostoevskij che, in un capitolo chiave dei *Pratelli Karamazov* dedicato all'episodio e intitolato proprio *Cana di Galilea*, scorge uno di quei sorrisi che il ragazzo cercava e spiega perché.

continua a pagina 23

Joël Dicker
Un animale selvaggio
La navata di Tesco
Il nuovo romanzo dall'autore di
La verità sul caso Harry Quebert

IL VATICANO

Davanti al mondo senza pace il silenzio del Papa alle Palme

DOMENICO AGASSO - PAGINA 18



IDIRITTI

Indice della libertà economica l'Italia precipita al 30° posto

ALESSANDRO DE NICOLA - PAGINA 21

LA CULTURA

lo, Dalai, la mia assoluzione e i nomi di chi mi ha rovinato

ALESSANDRO DALAI - PAGINA 23



LA STAMPA

LUNEDÌ 25 MARZO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.84 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II DL.353/03 (CONV. IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



IL SONDAGGIO

Verso il voto europeo maggioranza difficile Fdi si mangia la Lega che scende sotto il 9%

ALESSANDRA GHISLERI



L'affluenza alle urne, la gestione della campagna elettorale e i messaggi elettorali creati e voluti per spingere e sollecitare gli elettori verso il risultato desiderato sono i quesiti che affiancano ogni consultazione elettorale. Durante queste fasi molti sono i fattori che stimolano una vasta gamma di sentimenti. - PAGINA 8

IL REPORTAGE

Immigrazione e crisi l'Olanda non tira più

MARCO BRESOLIN

C'era una volta uno Stato, nel cuore dell'Europa, considerato un paradiso (non solo fiscale) per le imprese. Ma oggi, tra instabilità politica, giro di vite fiscali, carenza di abitazioni disponibili e leggi sovraniste che respingono stranieri qualificati, i Paesi Bassi rischiano di perdere le principali aziende. - PAGINE 10 E 11

LA POLITICA

Se Salvini all'angolo si aggrappa a Le Pen

ALESSANDRO DE ANGELIS

Vabbè. Lo hanno capito anche i sassi: da Marine Le Pen (sul pratore di Pontida) a Marine Le Pen (collegata ai Tiburtina Studios), lo schema di Salvini è sempre lo stesso, per incapacità di fare altro. Come quelli che giocano gli stessi numeri all'enalotto tutta la vita, sperando che prima o poi escano. - PAGINA 21

LO STATO ISLAMICO DIFFONDE I VIDEO DEL MASSACRO DEI SUOI TERRORISTI AL TEATRO CROCUS

Mosca provoca la Nato missile sopra la Polonia

La rabbia di Varsavia: vogliono testare la velocità di reazione occidentale

L'ANALISI

Così rinasce lo spettro di una nuova cortina

DOMENICO QUIRICO

È stato uno degli ultimi giorni di quasi pace o uno dei primi giorni di guerra? Tra qualche mese forse daremo una risposta su quanto è accaduto in questa domenica sulla sterminata frontiera della nuova Cortina di ferro. - PAGINA 5

AGLIASTRO, PEROSINO, PIGNI, SEMPRINI



Il mondo ha bisogno di nuove leadership

Jacinda Ardern*

IL COMMENTO

Ma la Russia profonda rovina i sogni dello Zar

ANNA ZAFESOVA

«Se sei un tagiko cancello la prenotazione»: messaggini di questo tono stanno piovendo a decine nelle app dei taxi di Mosca e di altre città russe, con i clienti che rinunciano alla corsa piuttosto che sedersi accanto a un immigrato. - PAGINA 3

LA POLEMICA

Fosse Ardeatine Anpi contro Meloni "Anche quest'anno scorda il fascismo"

NICCOLÒ CARRATELLI



Memoria, omissioni e polemiche. A 80 anni dall'eccidio delle Fosse Ardeatine, la politica non riesce a vivere la ricorrenza unendosi in un ricordo condiviso. Ancora meno da quando al governo c'è la destra con Giorgia Meloni. La premier diffonde un messaggio. - PAGINA 16

IL CASO

Decaro, Emiliano e il pasticcio di Bari

NICOLA LAGIOIA

La folle che sabato a Bari è scesa in piazza Ferrarese a sostegno del sindaco Antonio Decaro, in una bella giornata di primavera, soleggiata e ventilata (verrebbe da citare Tabucchi), arriva da lontano. Non rappresenta solo la città, e non rappresenta credo nemmeno solo la sinistra, ma ciò che è successo negli ultimi trent'anni in una regione, la Puglia, che ha saputo tirarsi fuori da un secolare cono d'ombra. Piantandosi non si aspettava una reazione simile. Le piazze sono un po' l'incubo dell'attuale governo di destra, ma rischiano di diventare un cortocircuito per la stessa opposizione che lo convoca se poi Michele Emiliano fa una dichiarazione come quella che ha fatto a proposito della sorella di Antonio Capriati, smentita dallo stesso Decaro. - PAGINA 15

DIMATTEO, LEGATO - PAGINA 14

IN AUSTRALIA SAINZ TRIONFA DAVANTI A LECLERC: UNA DOPPIETTA ATTESA VENT'ANNI

Sogno Rosso Ferrari

JACOPO D'ORSI



I FRUTTI DEL LAVORO DI "FRED"

JEAN ALESI - PAGINE 26-27

SCOTT BARBER/AP

IL RACCONTO

Perché ho voglia di tornare al mio piccolo mondo antico

MAURIZIO MAGGIANI

Qui, nella stanza dove sto lavorando, sono attivi sette dispositivi elettronici tra computer, tablet e smartphone, il governo con pugno di ferro e con 12 tra password e codici sin dai tempi del loro illustre antenato, un Apple Macintosh acquistato con 58 comode rate da 100 mila lire cadauna nel 1985. - PAGINA 19



LA GIUSTIZIA

Bignardi: l'inferno carceri punisce due volte i fragili

SIMONETTA SCIANDIVACCI

Luigi Settembrini, scrittore e patriota, in una delle sue Lettere dall'ergastolo, scrisse: «Viviamo ad arbitrio de' venti, del mare, e de' marinai». Settembrini trascorse in carcere molti anni: era uno degli indomiti che combattevano per l'Italia unita, e che i borboni tentavano di zittire. - PAGINA 22



L'ITALIA DEL FUTURO

Tre priorità per rilanciare la Sanità

MARIAPIA GARAVAGLIA

In un quarantennio si sono modificati molti parametri sia epidemiologici che sociali. C'è una popolazione oggettivamente più vulnerabile che fa aumentare la domanda di servizi e, ovviamente, la spesa sanita-

ria. Necessario intervenire su tre ambiti: programmazione, formazione del personale e finanziamento.

A pagina 15

ANALISI Bisogna venire incontro alle nuove esigenze dei cittadini, senza far saltare il bilancio. Ma tutti devono dare il loro contributo fiscale

Tre problemi per il Sistema sanitario: programmazione, formazione e risorse


MARIAPIA GARAVAGLIA

Sono entrata alla Camera dei Deputati, e assegnata alla Commissione sanità, nel giugno 1979, quando si avviava l'attuazione della legge n. 833, approvata il 23 dicembre 1978, la "Riforma sanitaria" L'onorevole Maria Eletta Martini fu la presidente della Commissione sanità durante tutto il dibattito della legge firmata dal ministro Tina Anselmi. Fui sua collega in Commissione e successivamente ebbi l'onore di succederle al ministero della Sanità. La legge ha compiuto 45 anni e si segnala ancora oggi come una delle leggi più significative in attuazione della Costituzione; la riforma cui si addice davvero l'aggettivo "storica", ha subito successive modificazioni e ha superato il tentativo di svilarne il profilo profondamente solidarista ed egualitario. Infatti col decreto legislativo n.502 del 1992, ministro liberale De Lorenzo (il Partito liberale aveva votato contro la Riforma) introduceva una parificazione fra servizio pubblico e privato che riduceva la forza del servizio nazionale pubblico. Col decreto legislativo n. 517, capo del governo Carlo Azeglio Ciampi, potei correggerlo profondamente, salvando spirito e lettera della riforma.

Ora stiamo attraversando un periodo di poca fortuna del Ssn. La pandemia ha fatto conoscere meglio ai cittadini il grande valore del nostro sistema (per anni considerato tra i migliori del mondo) e ha acuito le aspettative per ottenere, tempestivamente e nel pubblico, le risposte ai bisogni (non raramente anche desideri) sanitari. E comunque quando si tratti di ur-

genze o di interventi necessari e indilazionabili, il disagio dei cittadini suscita comprensibile protesta. Chi ha la possibilità ricorre al sistema dei servizi privati; e chi non può? La

legge 833 prevede (non è mai stata abrogata formalmente) l'accesso egualitario e universale di tutti i cittadini alla protezione della salute.

Non è difficile registrare che in un quarantennio si sono modificati molti parametri sia epidemiologici che sociali. La popolazione è invecchiata, molte malattie non trasmissibili possono essere curate a lungo con la conseguente cronicizzazione e la tecnologia si è impossessata, positivamente, di molte attività, che migliorano le capacità assistenziali da parte degli operatori sia medici che sanitari e sociali. L'invecchiamento della popolazione, in particolare, esige una riorganizzazione della filiera di tutte le possibili strutture territoriali a favore di una popolazione oggettivamente più vulnerabile e che fa aumentare la domanda di servizi e, ovviamente, la spesa. Mi soffermerei su tre ambiti imprescindibili: programmazione, formazione del personale e finanziamento.

La premessa sostanziale, però, è avere una visione. I legislatori del 1978 l'avevano. Quindi si riparta dall'idea consolidata



nel tempo, anche perché verificata nella realtà, che la salute è un bene individuale e di interesse comunitario, e che consiste non solo in assenza di malattia bensì in uno stato generale di benessere psico-fisico della persona. E questa concezione conduce ad attivare oltre alle misure dedicate direttamente alla cura anche quelle che promuovono sia la prevenzione che la riabilitazione.

La programmazione non potrà sottrarsi ad avere come premessa quanto ora ricordato. La prevenzione si manifesta con diverse modalità e opportunità attuative, tant'è che viene spesso denominata con aggettivazioni quali primaria, secondaria e terziaria, a seconda che rimuovano anticipatamente cause che possono nuocere oppure che riducano rischi e condizioni ambientali di vita e lavoro. Se gli operatori dedicati alla cura sono facilmente individuati e la loro preparazione accademica, magari un po' datata, è definita (medico, infermieri, operatori di varia specialità) non è stata dedicata sufficiente e coerente attenzione alle professionalità funzionali alla corretta prevenzione. L'epidemiologia offre con notevole approssimazione dati lineari nel tempo per conoscere l'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione e anche buone previsioni circa l'evolversi dei bisogni e della relativa domanda.

La raccolta, l'analisi e la conoscenza dei dati sono uno strumento indispensabile per governare i fenomeni e l'attuale possibilità di contare sulla diffusa digitalizzazione rende colpevole chi, responsabile ai diversi livelli della attuazione del Ssn, non li raccoglie e non li mette a disposizione con un linguaggio tale che possa interloquire con tutti gli altri sistemi, che afferiscono alla gestione della tutela della salute. Peccato che perfino il fascicolo sanitario elettronico non sia ancora maneggiabile in tutta Italia da parte di ogni cittadino e dei suoi terapeuti. Speriamo che il Pnrr porti rimedio.

La programmazione dovrebbe forse anche, e finalmente, costruire quella rete di servizi sul territorio che già la legge 833 aveva indicato per ottenere la più ampia deospedalizzazione. Questa, però, non sia scriteriata come abbiamo dovuto constatare durante la pandemia, perché non c'erano letti e servizi sufficienti nelle rianimazioni. Gli ospedali non potranno mai dismettere la loro funzione principale di curare le acuzie e comunque dovranno anche essere strutturati secondo le nuove esigenze di ricovero, rispettose della dignità e della privacy delle persone. Il patrimonio ospedaliero è molto vecchio ma ci sono fondi nel bilancio. Le missioni 5 e 6 del Pnrr stanziavano fondi notevoli per la rete di servizi territoriali, come le case di comunità, gli ospedali di comunità, l'assistenza domiciliare (vi sono dedicati 2,7 mld) ma non si parla delle Rsa, degli Hospice e dei servizi per la non autosufficienza, e soprattutto degli standard di personale.

La non autosufficienza è materia della legge n. 33 del 2023 che per essere attuata ha bisogno di decreti attuativi e di fondi propri, che mancano. Tutto questo mi fa temere un ritardo attuativo e temo anche che rischia di creare una organizzazione parallela rispetto ai servizi del sistema sanitario nazionali, universali, che devono prendersi in carico la tutela della salute dall'inizio della vita (anche di chi deve nascere) fino alla sua conclusione naturale, accompagnata da tutte le cure, secondo il principio di lenire le sofferenze.

La descrizione, purtroppo sommaria, di quanto servirebbe richiede di individuare anche quali sono i professionisti che devono vivere e attuare all'interno del sistema tutte le funzioni dedicate alla cura e all'assistenza. Quali sono queste figure? Chi li forma? Quanto tempo occorre per formare ciascun professionista? Sono domande angoscianti perché stiamo attraversando un tempo nel quale la carenza di personale, soprattutto medico e infermieristico, ma anche di altre specializzazioni, è for-

temente carente. I servizi alla persona sono le persone! Quindi non può esserci un sistema sanitario nazionale che non sia provvisto del personale necessario in qualità e quantità. La programmazione universitaria dovrà essere armonizzata con quella sanitaria; il Consiglio dei ministri non è forse un organo collegiale nel quale i ministri di Sanità, Università e ricerca scientifica nonché dell'Economia pianifichino di concerto quanto deve essere offerto alla comunità?

Nel 1998 fu introdotto il numero programmato (in realtà chiuso) nelle facoltà di Medicina e nelle varie specializzazioni. La scelta parametrava la capacità formativa degli atenei agli spazi e alle strutture dei docenti ma non alle richieste dei territori. Ci sentiamo ripetere che nel prossimo quinquennio mancheranno circa 30.000 medici, 70.000 infermieri, ecc. Come se non bastasse è stata introdotta la specializzazione di medicina d'urgenza per il personale del pronto soccorso - altra nota dolente di un sistema mal programmato - perché in tal modo sono numericamente insufficienti, non c'è la turnazione di tutti i medici e infermieri come in passato, il personale è sotto organico e sottoposto a turni insopportabili. Si sta tentando, attraverso una più precisa organizzazione di rimediare a questa oggettiva e grave difficoltà.

Tutto ciò premesso, come si suol dire, sconta anche una riforma istituzionale che ha aumentata la responsabilità regionale in materia sanitaria talché questa è di competenza primaria delle Regioni, che hanno creato una grande disparità fra i cittadini italiani, erodendo il principio della equità ed eguaglianza. Come si finanzia il sistema sanitario? La 833 prevedeva che fosse a carico della fiscalità generale, come sarebbe anche giusto, considerando che il servizio è universalistico; tuttavia sarebbe impossibile perché si stratta di un sistema complesso, costoso e in continua evoluzione e sempre più tecnologico. Ricorre una parola molto ambigua, "sostenibilità". Sostenibilità rispetto a che cosa? Si può parlare della sostenibilità delle cure per i pazienti ma in realtà la si invoca in rapporto alla spesa pubblica. Da circa 30 anni le finanziarie non hanno aumentato il finanziamento del Ssn. A causa sia dell'inflazione che dell'aumento dei prezzi e dei contratti (rinnovati sempre con molto ritardo e senza miglioramenti stipendiali adeguati per cui c'è la fuga di medici e infermieri verso il privato e all'estero) il Fondo sanitario nazionale notevole, circa 130 miliardi, è inadeguato. La conclusione tratta da molti è che non sarà possibile garantire per tutti gli stessi servizi a carico dello Stato e che quindi si imporrà una diversa collaborazione, rispetto all'attuale, fra i servizi offerti dal pubblico e quelli offerti dal privato.

Sono oramai diffuse molte assicurazioni integrative che tuttavia, dovrebbero essere disciplinate in modo tale che non sottraggano al Ssn sia i clienti sia i finanziamenti, attraverso forme di detrazioni. Per garantire certezza di finanziamenti - non soggetti alle turbolenze politiche delle finanziarie annuali - sarebbe indispensabile stabilire una percentuale fissa della spesa sanitaria sul Pil, almeno secondo una media europea. Soprattutto, servirebbe anche che ogni cittadino si sentisse corresponsabile per il successo del proprio sistema sanitario e che partecipi con fedeltà al suo finanziamento, pagando le tasse secondo le proprie capacità, come chiede la Costituzione e ha esortato il presidente Mattarella: partecipare significa farsi carico della propria comunità. Ciascuno per la sua parte. Significa contribuire anche fiscalmente. L'evasione riduce, in grande misura, le risorse per la comune sicurezza sociale. E ritarda la riduzione del debito.



Dal 19 marzo in vigore il dlgs n. 29/2024 con nuovi servizi e prestazioni di cura e assistenza

Anziani non autosufficienti, arriva il welfare su misura

Pagina a cura

DI DANIELE CIRIOLI

Un welfare ad hoc per le persone anziane non autosufficienti. Si chiama "sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente" ed è costituito dall'insieme di prestazioni e servizi sociali, di cura e assistenza necessari a garantire l'adeguato e appropriato sostegno ai bisogni degli anziani non autosufficienti. Bisogni individuati da una "valutazione multidimensionale unificata" che redige un budget finale di cure, assistenza e anche di spesa sociale. A prevederlo è il decreto legislativo n. 29 del 14 marzo 2024, pubblicato sulla **Gazzetta Ufficiale** n. 65 del 18 marzo 2024 e in vigore dal giorno successivo.

Il provvedimento dà attuazione alla delega della legge n. 33 del 23 marzo 2023 con le nuove norme a favore delle persone anziane, in attuazione del Pnrr.

La riforma. Tre le principali direttrici della riforma. La prima: misure a promozione dell'invecchiamento attivo. La seconda: semplificazione dei criteri di valutazione multidimensionale dell'anziano non autosufficiente e integrazione tra settore sociosanitario e settore sociale (rafforzamento, inoltre, del ruolo degli ambiti territoriali sociali; definizione della rete territoriale dei servizi per la domiciliarità delle cure e la riqualificazione dei servizi dedicati agli anziani non autosufficienti). La terza: misure assistenziali con l'introduzione della nuova "prestazione universale", sperimentale nel biennio 2025/2024, e altre misure a favore dei caregiver familiari (si veda altro articolo in altra pagina).

Il 19 marzo 2024, data d'entrata in vigore del dlgs n. 29/2024, è scattato il conto alla rovescia verso l'emanazio-

ne di ulteriori provvedimenti (almeno 16 decreti e cinque atti regionali) entro termini che vanno da 90 a 180 giorni, per completare la messa in opera della riforma (su *ItaliaOggi* del 6 febbraio scorso).

Un welfare ad hoc. Si chiama "Sistema nazionale per la popolazione anziana non autosufficiente", in sigla Snaa. È costituito dall'insieme di servizi e prestazioni sociali, di cura e assistenza necessari a garantire un adeguato e appropriato sostegno ai bisogni delle "persone anziane non autosufficienti".

Lo Snaa è costituito da: amministrazioni, Inps, regioni e province autonome, aziende sanitarie locali, comuni singoli o associati in ambiti territoriali sociali (Ats). Compito principale dello Snaa è la programmazione degli interventi, realizzata su tre livelli:

- a livello centrale, da parte del Comitato interministeriale per le politiche in favore della popolazione anziana, in sigla Cipa, il quale adotta, con cadenza triennale e aggiornamento annuale, previa intesa con la Conferenza unificata, il Piano nazionale per l'invecchiamento attivo, l'inclusione sociale e la prevenzione delle fragilità nella popolazione anziana e il Piano nazionale per l'assistenza e la cura della fragilità e della non autosufficienza nella popolazione anziana;

- a livello regionale, da parte degli assessorati regionali competenti in materia di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale, dei comuni, singoli o associati in Ats, e delle aziende sanitarie territoriali di ciascuna regione e provincia autonoma;

- a livello locale, da parte dell'Ats e del distretto sanitario.

I livelli essenziali delle prestazioni sociali. Obiettivo principale sono i Leps (si veda tabella in altra pagina),

ossia i livelli essenziali delle prestazioni sociali, da attuare in via graduale e progressiva nei limiti dei fondi disponibili, e che vengono erogati dagli Ats nelle seguenti aree:

- assistenza domiciliare sociale e assistenza sociale integrata con i servizi sanitari, quale servizio rivolto a persone anziane non autosufficienti o a persone anziane con ridotta autonomia o a rischio di emarginazione;
- servizi sociali di sollievo per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie;
- servizi sociali di supporto per le persone anziane non autosufficienti e le loro famiglie.

Valutazione multidimensionale unificata. Come individuare i bisogni specifici delle persone anziane? A ciò contribuiranno, nell'insieme, servizio sanitario nazionale, Ats e Inps mediante la "valutazione multidimensionale unificata" (Vmu). Infatti, per i rispettivi profili di competenza, daranno garanzia alla persona anziana di avere accesso a tutte le misure e a tutti i provvedimenti (tra gli altri, per esempio, quelli della legge n. 104 del 5 febbraio 1992), nonché ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso i Pua ("punti unici di accesso") con sede operativa presso le articolazioni del Ssn denominate «Case della comunità» (in questo modo dovrebbero evitarsi le processioni tra diversi uffici).

In particolare, l'accesso a servizi e relativi processi valutativi dei Pua è assicurato al-



la persona anziana in possesso congiuntamente dei seguenti requisiti:

- persona affetta da almeno una patologia cronica;

- persona con condizioni cliniche caratterizzate, anche in funzione dell'età anagrafica, dalla progressiva riduzione delle normali funzioni fisiologiche, suscettibili di aggravarsi con l'invecchiamento e di determinare il rischio di perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana, anche tenendo conto delle specifiche condizioni sociali, ambientali e familiari.

L'esistenza dei requisiti è verificata dal medico di medicina generale ovvero dal medico di una struttura del Ssn, su richiesta dell'interessato o su segnalazione della rete ospedaliera, delle farmacie, dei comuni e degli ambiti territoriali sociali. Nel caso in cui il medico valuti la non sussistenza dei presupposti dei requisiti, informa l'interessato della possibilità di accedere alla valutazione della condizione di disabilità e invia il relativo certificato medico introduttivo, su richiesta dell'interessato, tramite piattaforma informatica all'Inps.

L'esito della Vmu. Se l'esito della valutazione "Vmu" esclude la condizione di non autosufficienza, ma rileva la sussistenza delle condizioni

per l'accesso ai benefici della condizione d'invalidità, è redatto apposito verbale con le risultanze della valutazione e trasmesso tempestivamente, tramite piattaforma online all'Inps, che procede agli accertamenti dei requisiti per l'erogazione dei trattamenti connessi allo stato d'invalidità, nonché, solo se necessario, agli accertamenti integrativi di tipo medico-sanitario.

Se la valutazione rileva la sussistenza della condizione di non autosufficienza, redige il verbale che è trasmesso all'Inps, tramite piattaforma online, per i provvedimenti di competenza.

Il verbale contiene le risultanze della valutazione, relative anche alla sussistenza delle condizioni medico-sanitarie di accesso ai relativi benefici e inclusive degli indicatori sintetici standardizzati e validati utili a:

- graduare il fabbisogno assistenziale in relazione ai livelli crescenti della compromissione delle autonomie nella vita quotidiana;

- supportare le decisioni di eleggibilità alle misure e provvedimenti.

Quando all'esito della valutazione multidimensionale unificata non sussistono i presupposti di cui ai punti precedenti (né invalidità né non autosufficienza) il punto unico

di accesso, previa individuazione dei fabbisogni di assistenza alla persona, fornisce le informazioni necessarie al fine di facilitare la individuazione, nell'ambito della rete dei servizi sociali o sanitari, di percorsi idonei ad assicurare il soddisfacimento di tali fabbisogni, con l'accesso ai servizi e alle reti di inclusione sociale previsti dalla programmazione integrata socioassistenziale e socio-sanitaria.

In ogni caso, se l'esito della valutazione multidimensionale unificata evidenzia fabbisogni di cura e assistenza, viene redatto il Progetto di assistenza individuale integrato (Pai) mediante anche l'ausilio di un professionista di area sociale degli Ats e uno o più professionisti sanitari designati dalla azienda sanitaria o dal distretto sanitario, incluso il responsabile clinico del processo di cura, nonché con la partecipazione della persona destinataria, dei caregiver e dei familiari indicati, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei necessari poteri di rappresentanza. Quando necessario, il "Pai" include anche il Piano di riabilitazione individuale (Pri).

Il budget di cura e assistenza. La valutazione multidimensionale unificata, nell'ambito del Progetto di as-

sistenza individuale integrato, individua il budget di cura e di assistenza quale strumento per l'ottimizzazione progressiva della fruizione e della gestione degli interventi e servizi di cura e sostegno ai fini dell'attuazione del progetto. Al budget di cura e di assistenza concorrono tutte le risorse umane, professionali, strumentali, tecnologiche, pubbliche e private, attivabili anche in seno alla comunità territoriale.

Tali attività sono garantite dalle aziende sanitarie, dai distretti sanitari e dagli Ats, ciascuno per le proprie funzioni e competenze nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente e in particolare:

- le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni delle relative quote del finanziamento del Ssn nel rispetto di quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza;

- le risorse derivanti dal trasferimento alle regioni e agli enti locali delle risorse del Fondo per le non autosufficienze, della quota del Fondo unico per l'inclusione delle persone con disabilità, nonché le risorse a valere su altri fondi sociali nazionali che possono essere destinati dalla programmazione regionale a interventi in favore di anziani non autosufficienti.

I beneficiari della riforma

Persona anziana	La persona che ha compiuto 65 anni
Persona grande anziana	La persona che ha compiuto 80 anni
Persona anziana non autosufficiente	La persona anziana che, anche in considerazione dell'età e delle disabilità pregresse, presenta gravi limitazioni o perdita dell'autonomia nelle attività fondamentali della vita quotidiana e del funzionamento bio-psico-sociale, valutate sulla base di metodologie standardizzate
Specifico bisogno assistenziale dell'anziano non autosufficiente	Lo specifico bisogno assistenziale valutato e graduato, all'esito della valutazione multidimensionale unificata



CARTELLA CLINICA ELETTRONICA VALIDA IN TUTTA L'UE

Innovare l'uso di dati sanitari per consentirne un'analisi su larga scala a beneficio dell'intera collettività; migliorare la continuità della cura rendendo interoperabili i sistemi sanitari europei; coinvolgere attivamente il paziente nel percorso di cura. Sono questi gli obiettivi principali della proposta di Regolamento che istituisce uno Spazio europeo dei dati sanitari (EHDS) sulla quale è stata trovata, nei giorni scorsi, un accordo provvisorio tra il Consiglio e il Parlamento dell'Unione europea. L'obiettivo del disegno di legge è quello di facilitare lo scambio di dati sanitari a livello comunitario dando la possibilità ai cittadini di avere un accesso più rapido alle informazioni sanitarie elettroniche, indipendentemente dal fatto che si trovino nel loro paese d'origine o in un altro Stato membro fornendo, al contempo, alla ricerca scientifica, per importanti motivi di interesse pubblico, un patrimonio di indicazioni che andranno a beneficio dello sviluppo di politiche sanitarie. Nello specifico, quindi, il provvedimento prevede: la

(EHR) che includeranno i resoconti dei pazienti, le prescrizioni elettroniche, le immagini mediche e i risultati di laboratorio; di avere il controllo dei propri dati sanitari fornendo un quadro sicuro per l'archiviazione e l'accesso alle loro cartelle cliniche personali che sarà accessibile ovunque in l'UE; la creazione di misure per la protezione delle informazioni sensibili; la possibilità, a favore di ricercatori, di entrare in contatto con tipi specifici di dati sanitari sicuri, consentendo loro di sfruttare il vasto potenziale fornito al fine di informare la ricerca scientifica nell'interesse pubblico.

Pasquale Quaranta



22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza complementare: il ruolo del sindacato e le rendite 2023 dei fondi Sanità e Perseo-Sirio

di *Claudio Testuzza*

Nel fondo pensione complementare chiuso l'adesione è riservata a specifiche categorie di lavoratori che hanno sottoscritto accordi o contratti collettivi con le parti sociali. La costituzione dei Fondi ad ambito definito o "negoziale" ha origine, solitamente, dai contratti di lavoro. Quindi da accordi a carattere nazionale ovvero da accordi tra i lavoratori o da regolamenti aziendali, atti promossi dai sindacati e dai datori di lavoro, con cui viene indicata la quota di contribuzione prevista a carico del datore e dei lavoratori, oltre che al Tfr.

Il lavoratore dipendente può destinare al fondo pensione chiuso sia il Trattamento di Fine Rapporto (TFR) sia un ammontare aggiuntivo a scelta, chiamato contributo volontario. Solo nel caso del fondo pensione chiuso, il lavoratore che versa un contributo volontario ottiene anche un contributo del proprio datore di lavoro, che ammonta tra l'1 e il 2% in base agli accordi collettivi.

Al momento del pensionamento e, a condizione di avere almeno cinque anni di partecipazione al fondo, il sottoscrittore può ricevere tutto il capitale accumulato in rendita, che costituirà la sua pensione complementare fino a un massimo del 50% del montante accumulato in capitale e il restante in rendita. Tutta la posizione in capitale, ma solo se il 70% del montante accumulato dà una rendita annua inferiore al 50% dell'assegno sociale. I principali vantaggi sono rappresentati dai benefici fiscali. Quando si investe in fondi pensione, è possibile dedurre dall'imponibile IRPEF fino a 5.164,57 euro l'anno. Il rendimento ha un'imposizione sostitutiva pari al 20%, che è un'aliquota molto più bassa rispetto all'ordinaria aliquota del 26% prevista per le altre tipologie di investimento. Le prestazioni maturate dopo gennaio 2007 sono tassate con un'aliquota del 15%, ridotta dello 0,3% per ogni anno di partecipazione al fondo, successivo ai 15 anni, con un limite massimo di riduzione di sei punti.

Due sono i Fondi a disposizione del mondo medico: Il Fondo Sanità e il Fondo Perseo-Sirio. Il Fondo Sanità è un Fondo Pensione complementare chiuso a capitalizzazione per gli esercenti le professioni sanitarie. In particolare è riservato all'adesione degli iscritti all'ENPAF, all'ENPAPI e all'ENPAM. In particolare per tutti medici, dipendenti, convenzionati e liberi professionisti. Possono aderire al fondo anche i soggetti fiscalmente a carico degli iscritti, nonché i dipendenti delle Fonti Istitutive previa delibera da parte delle medesime, così come continuano a rimanere associati al Fondo i pensionati diretti acquisendo la qualifica di aderenti pensionati. I contributi versati a Fondo Sanità sono liberi e volontari. L'entità dei versamenti ovviamente determina il livello della rendita pensionistica.



Sono risultati eccellenti quelli fatti segnare nel 2023 dal Fondo Sanità. Tutti e tre i comparti di cui è costituito il Fondo hanno visto, non solo crescite cospicue, ma anche andamenti nettamente più favorevoli rispetto al coefficiente di rivalutazione del Tfr (Trattamento di fine rapporto) che rimane il metro di giudizio più comune per apprezzare la qualità dell'investimento in un Fondo complementare, in particolare per i lavoratori dipendenti. Questi ultimi infatti sono chiamati a decidere se lasciare il proprio Tfr in azienda, assoggettandolo così ad una rivalutazione stabilita ogni anno per legge, oppure conferirlo in un Fondo complementare accettando il rischio connaturato a qualsiasi tipo di investimento finanziario.

Il comparto Scudo quello più orientato verso un'attività a basso rischio, ha fatto segnare, a fine anno, un progresso del 4,35 per cento rispetto all'inizio del 2023. Un risultato molto soddisfacente, se si pensa che nello stesso anno, il coefficiente legale di rivalutazione del Tfr si è fermato all'1,95 per cento, ossia a meno della metà. Ancora meglio è andata a chi ha scelto di investire nel comparto Progressione, quello con una struttura di portafoglio bilanciata, che a fine anno ha fatto segnare un brillante +6,61 per cento. Infine da segnalare il vero e proprio exploit del comparto Espansione, che si connota per una maggiore esposizione azionaria e dunque per sua stessa natura risulta più soggetto alle oscillazioni dei mercati. In questo caso i citati rimbalzi positivi delle contrattazioni internazionali si sono riverberati in modo tale da permettere uno scatto in avanti del 9,25 per cento. Vanno, poi, tenuti in conto anche i risultati del Perseo Sirio, il Fondo complementare della pubblica amministrazione e della sanità. Il Fondo Pensione Sirio si rivolge ai dipendenti dei Ministeri, degli Enti pubblici non Economici, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, del Cnel, dell'Enac, dell'Università, della Ricerca e delle Agenzie Fiscali.

Il Fondo Pensione Perseo si rivolge ai dipendenti di Regioni, Autonomie Locali, Camere di Commercio e Sanità. E' il Fondo al quale aderiscono, in particolare, i camici bianchi dipendenti e per i quali questo è il fondo negoziale che permette di sfruttare il contributo aggiuntivo elargito dal datore di lavoro. Essi si prefiggono di corrispondere ai propri associati una rendita vitalizia in grado di soddisfare le loro esigenze una volta in pensione o, in alternativa, una prestazione in capitale, dedicata soprattutto ai più anziani, che si aggiunge alla liquidazione che corrisponderà loro l'Inps, insieme alla pensione pubblica. Durante la vita associativa, l'associato potrà avere dal proprio Fondo l'anticipazione della prestazione, fino alla totalità di quanto maturato. In caso di decesso la prestazione in capitale sarà liquidata agli eredi legittimi o al beneficiario nominato dall'aderente. Secondo i dati che è stato possibile recepire, il comparto più garantito di Perseo Sirio ha fatto segnare un aumento di circa il 3 per cento. Un dato anch'esso superiore al coefficiente di rivalutazione del Tfr. E lo stesso vale per il comparto più bilanciato. In questo caso, pur essendo i dati aggiornati solo a novembre 2023, si registra un aumento delle quotazioni del 2,35 per cento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Anelli: sempre più medici vittima di furti di identità e deep fake che pubblicizzano prodotti salutistici

Rilasciare un'intervista alla Tv pubblica e ritrovarsi, tempo dopo, su siti sconosciuti a pubblicizzare, a propria insaputa, un integratore venduto solo attraverso internet. È quanto, nell'era dell'intelligenza artificiale, accade a sempre più medici: i video vengono artefatti e trasformati in "deep fake", nei quali si ruba l'immagine e l'identità del protagonista e gli si fanno dire parole diverse. A ottobre a

denunciare era stato Matteo Bassetti che, diventato volto noto televisivo durante la pandemia, si era accorto di un video contraffatto in cui pubblicizzava un integratore contro il diabete. Lo stesso succede ora a un altro medico, che, oltre a sporgere denuncia alle autorità competenti, ha voluto alertare il suo Ordine e la Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, sia per prendere le distanze e preservare la sua onorabilità, sia per mettere in guardia i colleghi e i cittadini.

"I deep fake sono uno dei frutti distorti dell'Intelligenza artificiale – commenta il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli – e vengono utilizzati, attraverso il furto dell'identità, per vere e proprie truffe. Se sono usati per pubblicizzare prodotti che vantano effetti salutistici o addirittura terapeutici, spingendo, a volte, sino ad abbandonare i farmaci, diventano un pericolo per la salute pubblica".

"Queste azioni – continua – costituiscono una forma di violenza: verso il medico, che si vede rubare l'identità, la reputazione, l'onore; verso il cittadino, che si trova ingannato facendo leva sulla fiducia che ripone nel professionista; sulla stessa relazione di cura, che viene svilita. Non a caso, i medici che si rivolgono a noi dopo esserne stati vittima riferiscono, innanzitutto, di sentirsi violati, feriti nella loro identità di persone e di professionisti. Insieme alla preoccupazione per i loro pazienti e per i cittadini che, credendo che siano loro a consigliare il prodotto, cadono nel tranello. L'ultimo medico ha scoperto di essere rimasto vittima di questa rete proprio perché alcune persone si sono rivolte a lui mostrando le ricevute di acquisto dell'integratore e chiedendo se potessero interrompere le terapie".

"Consigliamo a tutti i colleghi – conclude Anelli – di vigilare sugli usi impropri del loro nome e della loro immagine e di denunciare subito ogni abuso. Invitiamo i cittadini a verificare sempre le informazioni trovate in rete e a non fidarsi di chi propone soluzioni miracolose e prodotti che promettono di sostituire le terapie".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Dipendenze patologiche: intesa Stato-Regioni su criteri di sicurezza e qualità delle comunità terapeutiche

È stata approvata in Conferenza Stato-Regioni l'intesa sul documento recante i criteri di sicurezza e qualità delle comunità terapeutiche per l'assistenza alle persone affette da dipendenze patologiche. Lo comunica il ministero della Salute sottolineando che "l'obiettivo è quello di garantire, su tutto il territorio nazionale, elevati livelli di qualità e sicurezza all'interno di queste strutture sociosanitarie residenziali, riducendo la variabilità a livello regionale per quanto attiene l'organizzazione e il funzionamento, al fine di favorire l'erogazione da parte del Ssn delle migliori pratiche disponibili per il recupero e il reinserimento nella società delle persone affette da dipendenze patologiche".

I trattamenti, articolati in relazione al livello di intensità assistenziale, sono completamente a carico del Servizio sanitario nazionale.

"Le comunità terapeutiche - prosegue la nota del ministero - costituiscono un importante esempio nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria per la loro capacità di valorizzare l'apporto della comunità e del volontariato nonché di coinvolgere la persona assistita, la famiglia e la comunità di riferimento, riconoscendoli parte attiva dei processi di cura, di assistenza, di tutela dello stato di salute e di reinserimento sociale".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

RespiVirNet: sostanzialmente stabile l'incidenza delle sindromi simil-influenzali

In lieve diminuzione il numero di casi di sindromi simil-influenzali (ILI) in Italia rispetto alla settimana precedente. Nell'undicesima settimana del 2024, l'incidenza è pari a 5,6 casi per mille assistiti (6,3 nella settimana precedente). Scende anche la proporzione dei campioni positivi ad influenza sul totale dei campioni analizzati (3% vs 4,8%). Lo affermano i bollettini della sorveglianza RespiVirNet pubblicati oggi.

Ecco i dati principali:

Sorveglianza epidemiologica

- Maggiormente colpiti i bambini sotto i cinque anni di età in cui si osserva un livello di incidenza di 17,8 casi per mille assistiti (18,0 nella settimana precedente).
- Tutte le Regioni/PPAA, tra quelle che hanno attivato la sorveglianza, registrano un livello di incidenza delle sindromi simil-influenzali sopra la soglia basale tranne la P.A. di Trento, il Molise, la Puglia e la Basilicata che tornano al livello di base.

Sorveglianza virologica

- Tra i virus influenzali, quelli di tipo A risultano largamente prevalenti (94%) rispetto ai virus di tipo B e appartengono per la maggior parte al sottotipo H1N1pdm09.
- Tra i campioni risultati positivi il 19% è positivo per SARS-CoV-2, il 17% per RSV, il 35% per influenza A, il 10% per Rhinovirus mentre i rimanenti sono risultati positivi per altri virus respiratori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Covid: 738 casi positivi e 26 decessi, tasso di positività invariato a 0,6%

di Radiocor Plus

Nella settimana compresa tra il 14 e il 20 marzo 2024 si registrano 738 nuovi casi positivi al Covid-19 con una variazione di +6,1% rispetto alla settimana precedente (738) e 26 decessi (-36,6%, 41). Lo rileva il bollettino del ministero della Salute che registra anche 128.406 tamponi effettuati (-4,3%, 134.167) e un tasso di positività dello 0,6%, invariato rispetto alla settimana precedente. Il tasso di occupazione in area medica al 20 marzo è pari all'1,4% (839 ricoverati), rispetto all'1,4% (880 ricoverati) del 13 marzo mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva è pari allo 0,3% (27 ricoverati), rispetto allo 0,3% precedente (28 ricoverati).



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Numeri in crescita

**Non solo Kate,
è allarme tumori
gastrointestinali
tra gli under 40**

Melina e Sabadin a pag. 11



Non c'è soltanto Kate: tra i giovani è un'epidemia di tumori gastro-intestinali

► Sempre di più i 30enni colpiti dalla malattia ► La scienza non riesce ancora a spiegare precoce. E la tendenza è destinata a crescere il fenomeno: «Non c'è un fattore scatenante»

IL FOCUS

ROMA La notizia che la principessa del Galles Catherine è malata di cancro dopo avere subito un importante intervento chirurgico addominale ha stupito tutti: Kate, a 42 anni, sembrava il ritratto stesso della salute: una donna dinamica, instancabile, sportiva, magra e sempre in forma. Ma i medici che studiano e combattono le malattie dell'apparato gastro-intestinale sono preoccupati. Il numero di tumori che colpiscono gli adulti di età inferiore ai 50 anni è in aumento in tutto il mondo senza che se ne sia ancora scoperta la ragione. Li chiamano tumori ad esordio precoce, perché prima venivano riscontrati quasi esclusivamente tra le persone più anziane, mentre oggi si manifestano già dopo i 30 anni, con sintomi che spesso vengono scambiati per altre patologie, ritardando l'inizio delle cure. Il numero di decessi per tumori ad esordio precoce, ha rivelato una ricerca pubblicata anche da Nature, è aumentato di quasi il 28% tra il 1990 e il 2019 in tutto il mondo e crescerà ancora del 30% entro il 2030. Negli

Stati Uniti il cancro del colon-retto, una malattia che solitamente coltiva i maschi sessantenni, è diventato la principale causa di morte per cancro tra gli uomini sotto i 50 anni. Nelle giovani donne, è diventata la seconda causa di morte per cancro.

Gli scienziati che studiano il fenomeno non sanno come spiegarlo. Probabilmente tra le cause ci sono anche l'aumento dei tassi di obesità, il consumo di alcol e di cibo spazzatura, ma non tutti i casi rispondono a questi criteri. Si cercano risposte anche nel microbioma intestinale, la cui funzione potrebbe essere stata compromessa dall'uso eccessivo di antibiotici, da fattori ambientali o dalla dieta. Nel corpo umano ci sono quasi 50 trilioni di cellule batteriche, che pesano circa due etti. Nel tratto intestinale i batteri aiutano a digerire il cibo e contribuiscono alla salute immunitaria, e potrebbero avere un ruolo nell'aumento dei casi di tumore.

LA RICERCA

Alcuni ricercatori pensano che si debbano svolgere ricerche sulla vita e sulla salute dei bambini nati mezzo secolo fa per capire se ci siano anche aspetti genetici da considerare. «Se si fosse trattato di una

singola pistola fumante, i nostri

studi avrebbero puntato almeno a un fattore», ha detto a Nature Sonia Kupfer, gastroenterologa all'Università di Chicago, «Ma non sembra essere così, c'è una combinazione di fattori diversi».

In molti paesi i decessi causati dal cancro sono in diminuzione grazie ai progressi della medicina, a una maggiore prevenzione e alla perdita di cattive abitudini come il fumo. Ma se i decessi calano, il numero di tumori sta invece aumentando. I tumori a esordio precoce sono solo una frazione di quelli globali, ma il loro tasso di crescita è impressionante. Molto spesso colpiscono l'apparato digerente, e in particolare il colon-retto, il pancreas e lo stomaco. Anche altri tipi di tumore, come il cancro al seno,



all'utero e alla prostata, sono in crescita. Negli Stati Uniti i casi di tumore uterino sono aumentati del 2% ogni anno dalla metà degli anni 90 tra le donne adulte di età inferiore ai 50 anni e il carci-

noma mammario ad esordio precoce è cresciuto del 3,8% l'anno tra il 2016 e il 2019.

LE IPOTESI

Le statistiche americane evidenziano che i tumori colpiscono con maggiore intensità le persone indigene e di origine ispanica, confermando un legame con l'accesso ai cibi sani e allo stile di vita. Ma an-

che questi fattori non sembrano adeguati a spiegare il quadro completo: «Molti hanno ipotizzato che cose come l'obesità e il consumo di alcol potrebbero spiegare il fenomeno», ha detto Daniel Huang, epatologo presso l'Università Nazionale di Singapore, «ma c'è bisogno di un'analisi più profonda dei dati».

Tristi vicende che hanno riguardato persone famose, come la morte nel 2020 dell'attore Chadwick Boseman per cancro al colon, hanno contribuito a sensibilizzare l'opinione pubblica sull'esigenza di maggiori controlli. L'American Cancer Society ha consigliato le

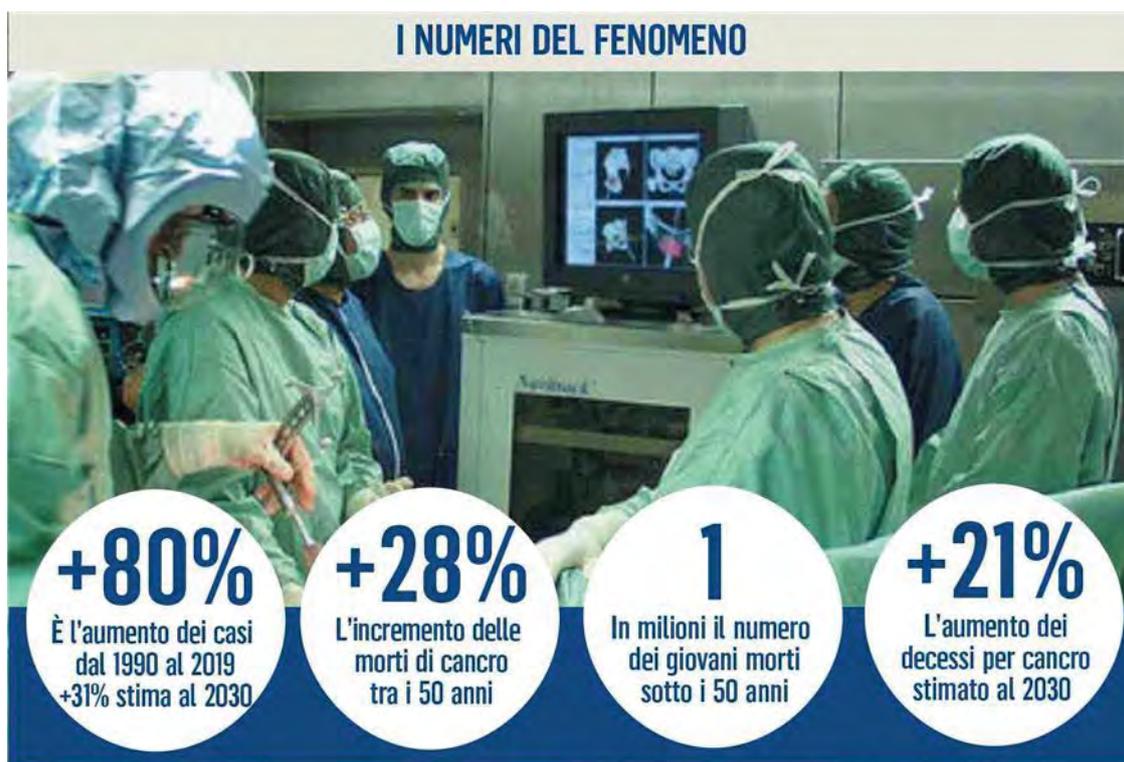
persone a sottoporsi a screening per il cancro del colon-retto a partire dai 45 anni, piuttosto che in tarda età come si faceva prima. Le persone giovani dovrebbero sottoporsi a controlli periodici anche se non avvertono alcun sintomo e lo Stato le dovrebbe aiutare con campagne e assistenza adeguate.

Vittorio Sabadin

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**NONOSTANTE
L'AUMENTO DEI CASI,
LA MORTALITÀ
È IN DIMINUIZIONE
GRAZIE AI PROGRESSI
DELLA MEDICINA**

**PER LA PREVENZIONE,
L'ACS CONSIGLIA
LO SCREENING
CONTRO IL CANCRO
DEL COLON-RETTO
A PARTIRE DAI 45 ANNI**



MEDICINA

Italiani svelano meccanismi chiave del tumore del pancreas

VITO SALINARO

È solo un punto di partenza, tengono a sottolineare gli scienziati. Ma se parliamo del cancro del pancreas, un vero e proprio "big killer", il cui tasso di sopravvivenza a dieci anni è rimasto invariato nell'ultimo mezzo secolo - a differenza di quanto avvenuto praticamente per tutti gli altri tipi di tumore oggi curabili -, allora quel punto di partenza significa molto. Perché aver individuato fondamentali meccanismi all'origine di questa malattia, come ha fatto il gruppo di ricerca dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano, coordinato da Gioacchino Natoli e Giuseppe Diaferia, con quelli dell'Istituto Fondazione di Oncologia molecolare (Ifom) e della divisione di Chirurgia pancreatica dell'Ospedale Humanitas, sempre del capoluogo lombardo, significa aprire più di una speranza sulla strada di terapie mirate e innovative contro quella che, entro il 2030, diventerà la seconda causa di morte per cancro.

I risultati della ricerca - sostenuta da Fondazione Airc e dal ministero della Salute, e pubblicata su *Cancer Cell* -, svelano il panorama intricato di questa

neoplasia, dice Natoli, «chiarendone le complessità ed evidenziando le sfide che persistono per un suo trattamento efficace. Abbiamo identificato e caratterizzato nei dettagli la profonda eterogeneità di ogni singolo carcinoma del pancreas analizzato. Proprio questa eterogeneità contribuisce in maniera sostanziale all'inefficacia dei trattamenti esistenti». Così Diaferia spiega la novità del lavoro svolto dal gruppo italiano: «La coesistenza in ogni tumore pancreatico di popolazioni di cellule con diverse caratteristiche morfologiche, ovvero con un aspetto e un'organizzazione differenti, è nota da tempo. Non si era

però mai riusciti a stabilire l'impatto di questa eterogeneità sul trattamento della malattia». I ricercatori hanno utilizzato tecnologie innovative per isolare piccoli gruppi di cellule e per la loro profilazione molecolare, combinandole con analisi computazionali e approcci di intelligenza artificiale. «Siamo così riusciti a definire questa eterogeneità - sottolinea Diaferia -, in modo che possa diventare il bersaglio di terapie mirate».

«È come se stessi combattendo contro molteplici avversari contemporaneamente, invece che contro un singolo tumore - aggiunge Pierluigi Di Chiaro, primo autore dell'articolo -. Occorrono dunque strategie in grado di intercettare tutte le popolazioni di cellule neoplastiche. Il nostro lavoro pone le basi per identificare queste componenti e definire nuove strategie».

Uno dei principali risultati dello studio riguarda l'invasione dei nervi, autentiche vie di fuga a bassa resistenza per le cellule maligne. «In pratica - rivela Lucia Nacci, tra i coautori dello studio - i nervi sono la principale via di disseminazione metastatica, oltre che la causa dei forti dolori». Infine, specifica lo studio, le caratteristiche emerse pongono le basi per lo sviluppo di modelli di intelligenza artificiale che potrebbero analizzare «i preparati istologici, contribuendo a stabilire la composizione del tumore e a guidare il medico nella scelta della combinazione di farmaci più adeguata a ogni paziente». Insomma, per dirla con Natoli, comprendere l'eterogeneità di questa patologia può rivelarsi cruciale per creare terapie efficaci. Dopo decenni di fallimenti e tentativi a vuoto, la sfida è ora più che mai aperta.

Studio dell'Ieo di Milano, con Ifom e Humanitas sulla malattia che ha un tasso di sopravvivenza a 10 anni invariato da mezzo secolo. Si punta a terapie innovative



Un laboratorio italiano di ricerca /Ansa



Stili di vita e dieta contro i tumori

«La prevenzione inizi a scuola»

Il piano di Schillaci. Priorità: dallo screening al polmone al registro delle prestazioni

MILANO Un'Italia «a due velocità» nell'adesione agli screening oncologici, che mira comunque a essere la prima in Europa a proporre i controlli per individuare precocemente il cancro al polmone. E vuole portare il tema della prevenzione nelle scuole. Il ministro della Salute Orazio Schillaci risponde per mezz'ora alle domande del direttore del *Corriere* Luciano Fontana, all'interno del Festival della prevenzione della Lega italiana per la lotta contro i tumori, in corso a Milano.

«Tutti hanno diritto ad avere buone condizioni di salute, anche in età avanzata — dice Schillaci —. La prevenzione non è una spesa, ma un investimento che ripaga i cittadini e il Servizio sanitario nazionale». Parte da questa considerazione l'idea di introdurla nelle classi. «In settimana avremo una riunione al ministero dell'Istruzione insieme al presidente dell'Istituto superiore di sanità, perché credo che sia indispensabile cominciare dalla prima elementare a insegnare alle bambine e ai bambini quanto sia importante mantenere corretti stili di vita, una dieta sana,

evitare il fumo, l'alcol». Anche perché le proiezioni confermano che la popolazione italiana sarà sempre più anziana e, senza un cambiamento delle abitudini e una conseguente riduzione della spesa per curare i pazienti, la sanità pubblica farà sempre più fatica. «Il nostro primo impegno è mantenere un sistema sanitario universalistico», promette il ministro.

Già oggi le liste d'attesa per accedere a visite ed esami rappresentano un «problema odioso» per i pazienti. Si può pensare di mitigarlo partendo dai numeri che, lamenta Schillaci, al momento non ci sono. Serve «avere un quadro esatto. Oggi non abbiamo nessun dato reale da parte delle Regioni su quanto tempo ci voglia per dare una certa prestazione. Stiamo lavorando, da quando sono arrivato, per un monitoraggio». Una delle strategie per accorciare le attese prevede l'introduzione, nei sistemi pubblici di prenotazione, anche delle disponibilità delle strutture private convenzionate. Dall'altro lato, spiega, è necessario lavorare sull'appropriatezza delle

prescrizioni.

All'attenzione del ministero anche la disuguaglianza di accesso agli screening oncologici tra Nord, Centro e Sud. «Abbiamo messo risorse a disposizione di sette Regioni» per migliorare l'adesione ai controlli. «E personalmente tengo moltissimo al fatto che l'Italia possa essere il primo Paese ad avere anche lo screening per il tumore al polmone». Mentre le risorse del Pnr serviranno soprattutto per potenziare la medicina territoriale, che durante la pandemia si è dimostrata fragile. «Ma nessun cambiamento può avvenire se non c'è un coinvolgimento pieno dei medici di famiglia. Non è pensabile che noi partiamo con le Case di comunità e non ci sia un loro impegno orario». Il loro ruolo va rivalutato anche inserendo la medicina generale tra le scuole di specializzazione, permettendo così ai tirocinanti di avere un miglior riconoscimento economico. E sempre in tema di formazione, «è giusto ricordare nelle università che tutte le specializzazioni hanno pari dignità e valore», comprese

quelle oggi «snobbate».

Bastano le risorse del Fondo sanitario nazionale per tutti questi progetti? «Arriviamo da dieci anni di defianziamento del settore — risponde Schillaci —. Quest'anno c'è stata una chiara inversione di tendenza a favore della sanità. Penso anche che le risorse che ci sono vadano spese in maniera migliore: il ministero ha il dovere e diritto di aiutare le Regioni che sono più in difficoltà».

Sara Bettoni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le corrette abitudini
Prevenire non
è una spesa,
ma un investimento
che ripaga i cittadini
e il Servizio sanitario
nazionale

L'incontro al ministero
Credo che sia
indispensabile
cominciare dalla
prima elementare
a insegnare tutto
questo ai bambini

La scheda

● Orazio Schillaci, 57 anni, medico, ex rettore dell'Università di Tor Vergata, è l'attuale ministro della Salute nel governo Meloni

● Ieri il ministro è stato intervistato dal direttore del *Corriere* Luciano Fontana al Festival della prevenzione della Lega italiana per la lotta contro i tumori, in corso a Milano

● Schillaci ha parlato di lotta ai tumori, ribadendo l'importanza della prevenzione



Sul palco Il ministro della Salute Orazio Schillaci intervistato da Luciano Fontana (LaPresse)



Dir. Resp.: Luciano Fontana

«In Italia il cancro al seno è quello più diffuso Ma si investe troppo poco»

Curigliano: studi all'avanguardia e cure personalizzate

Il colloquio

di Vera Martinella

E in assoluto il tumore più diffuso nel nostro Paese con circa 55.700 nuovi casi annui nelle donne, a cui se ne aggiungono 1.500 negli uomini, ma le probabilità di guarigione in caso di cancro al seno sono elevate: quando la diagnosi è precoce superano il 95 per cento. In Italia, poi, vivono circa 52mila persone con un carcinoma mammario metastatico, un numero in costante aumento grazie all'arrivo di nuove cure che consentono di allungare la sopravvivenza di chi si ammala. Cosa si può fare per migliorare questi numeri? «Primo, prevenire: ognuno può limitare il pericolo di sviluppare questa neoplasia e sottoporsi ai controlli — risponde Giuseppe Curigliano, presidente nazionale del comitato organizzatore della Conferenza Europea sul tumore al seno, che ha riunito a Milano oltre duemila specialisti provenienti da 80 na-

zioni —. E poi bisogna sostenere la ricerca scientifica che ci ha portato a poter guarire milioni di pazienti e a prolungare fino a 10 anni e più la vita di chi ha una malattia in stadio avanzato».

Iniziamo dalla prevenzione, chi è più a rischio? «Sovrappeso o obesità, fumo, eccessivo consumo di alcolici, sedentarietà sono fattori di rischio noti — spiega Curigliano, che è direttore della Divisione sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative dell'Istituto Europeo di Oncologia e ordinario di Oncologia Medica all'Università Statale di Milano —. E poi c'è la familiarità: chi ha parenti di primo grado (madri, nonne, zie, sorelle) che hanno sviluppato un carcinoma mammario corre più pericoli. Infine la genetica: esistono mutazioni, per esempio quelle dei geni BRCA1 E BRCA2, che fanno lievitare le probabilità, ma oggi abbiamo messo a punto controlli e strategie di prevenzione per intercettare queste persone e proteggerle».

Quali sono i sintomi da non trascurare? «Il più comune è la presenza di un nodulo che

non causa dolore e ha contorni irregolari: non va mai trascurato, in maschi e femmine, a ogni età».

Veniamo ai controlli, quali e quando? «Innanzitutto l'autopalpazione, una volta al mese e se si notano anomalie non bisogna perdere tempo. Poi la mammografia, offerta gratis dal Ssn ogni due anni alle donne tra i 50 e i 69 anni (alcune Regioni hanno già esteso i test alla fascia 45-74 anni). Per le più giovani può essere utile un'ecografia annuale dai 30 anni, ma ormai molti specialisti concordano sul fatto che tempistica dei controlli e tipologia di esame vadano elaborati "su misura", tenendo conto dei vari fattori di rischio che ha ogni donna e della forma anatomica del suo seno».

Come sta la ricerca scientifica «made in Italy»? «Bene, ma non benissimo, fra grandi eccellenze e molti problemi: il nostro Paese investe troppo poco, mancano soprattutto personale specializzato e finanziamenti. Nonostante le difficoltà, molti degli studi condotti in Italia sono all'avanguardia e la qualità dei

nostri ricercatori è alta. Milano, in particolare, è una città "storica" per il cancro al seno: qui Umberto Veronesi ha eseguito la prima quadrantectomia (intervento che risparmia l'asportazione dell'intera mammella) e la prima biopsia del linfonodo sentinella (per evitare trattamenti troppo pesanti ogni volta che la malattia lo consente), mentre Gianni Bonadonna ha somministrato la prima chemioterapia adiuvante (precauzionale, per limitare il rischio di ricadute)».

Quali sono le novità principali emerse dal congresso? «Tante, ci sono nuovi farmaci in arrivo e impariamo a utilizzare sempre meglio le terapie già standard (chirurgia, radioterapia, chemio e altri medicinali), con maggiore efficacia e meno effetti collaterali. Il punto che accomuna tutto è che serve una diagnosi precisa: oggi sappiamo che esistono tanti tipi diversi di cancro al seno ed è fondamentale conoscere quale sottotipo istologico e molecolare si ha di fronte per poter scegliere, fra le molte terapie disponibili, la migliore per il singolo caso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**I controlli
Il primo passo
per limitare lo sviluppo
di questa neoplasia
è sottoporsi ai controlli**



**L'oncologo
Giuseppe
Curigliano,
dello IEO
di Milano**

Il confronto



Numero di casi annui



Fonte: Associazione Italiana di Oncologia Medica | Corriere della Sera





Dopo il successo di Neuralink arriva "Speak for me" per Windows che riproduce la propria voce. E Lenovo punta a far comunicare le persone colpite da Sla

Chip e avatar vocali in aiuto dei disabili

IL FENOMENO

Dall'IA ai chip, oggi sono tanti gli usi virtuosi della tecnologia in ottica di superamento delle disabilità. Microsoft sta lavorando a una funzionalità chiamata "Speak for me" (in arrivo entro fine anno nella nuova versione di Windows 11) pensata per migliorare l'accessibilità degli utenti ai propri sistemi operativi. Con la sua nuova proposta, il colosso di Redmond punta ad aiutare le persone affette da Sla e altre disabilità del linguaggio a comunicare sia con messaggi registrati, ad esempio nelle chat di Teams, che dal vivo durante le videoconferenze. A differenza delle voci robotiche che sentiamo nella maggior parte degli assistenti vocali, la nuova soluzione Microsoft offre una voce dal suono più natu-

rale grazie all'opzione "voce personale", che sfrutta l'IA per creare una sorta di avatar vocale allenato su spezzoni di parlato dell'utente, capace di leggere il testo con il nostro tono e la nostra cadenza.

METAVERSO

In tal modo, l'IA potrà far parlare anche gli avatar disponibili nelle varie app di Microsoft, compreso il metaverso Mesh. Oggi sono tanti i leader dell'indu-

stria che si stanno attivando per indirizzare lo sviluppo dell'IA verso scopi nobili. Al CES 2024 Lenovo, la Fondazione Scott-Morgan e DeepBrain AI hanno rivelato un avatar IA iperrealistico pensato per preservare voce, personalità e atteggiamenti fisici dei pazienti colpiti

da malattie degenerative. Parallelamente, Lenovo sempre grazie all'IA ha sviluppato una tecnologia di digitazione predittiva, con l'obiettivo di aiutare le persone affette da malattie motorie limitanti a comunicare anche quando non possono più utilizzare una tastiera tradizionale o la sintesi vocale. Adesso i ricercatori stanno lavorando per integrare questo sistema con l'avatar presentato al CES, con l'obiettivo finale di consentire alle persone affette da SLA e altre malattie degenerative di comunicare all'interno dello spazio digitale.



Gli sviluppi recenti dei modelli di IA multimodali stanno aiutando i ricercatori a sviluppare software capaci di interpretare le immagini e trasformare i testi in discorsi. Ad esempio la funzionalità "Be My AI" della danese Be My Eyes, sfruttando la tecnologia di OpenAI, ha fornito alle persone con visione limitata uno strumento utile a identificare gli oggetti attraverso la fotocamera dello smartphone, descrivendoli grazie alla sintesi vocale. La startup milanese EvoDeaf, attraverso il machine learning, ha sviluppato un software che trasforma i segni in parole, permettendo la comunicazione tra udenti e non udenti.

INTERFACCE

Il software si migliora e si sviluppa automaticamente con l'utilizzo ed è in grado di apprendere e imparare modi di dire, strutture delle frasi e combinazioni di parole direttamente dagli utenti. Poi, naturalmente, c'è il longevo e oggi ancor più fiorente settore delle interfacce cervello-computer (BCI), dove a dominare la scena adesso c'è Neuralink di Elon Musk, che con il suo chip consente agli esseri umani di controllare sistemi informatici con

il pensiero. E che in futuro ci porterà, promette Musk, a «raggiungere una simbiosi con l'intelligenza artificiale». A due mesi dall'intervento, il primo paziente tetraplegico a cui è stato impiantato direttamente nel cervello il chip Telepathy dell'azienda è in grado di giocare a scacchi e di controllare un computer semplicemente pensandolo. Venerdì scorso ha creato il suo primo post su X: «Twitter mi ha bannato perché pensava che fossi un bot - scrive l'uomo "digitando" col pensiero - X e Elon Musk mi hanno reintegrato perché lo sono».

IL FUTURO

Nel dopo Telepathy, per l'azienda in cantiere c'è già un altro chip, Blindsight, che permetterà di ripristinare la vista alle persone non vedenti. Musk fa sapere che l'impianto è già in fase di sperimentazione sulle scimmie e che i primi modelli saranno «a bassa risoluzione» ma l'obiettivo ultimo è quello di far evolvere la tecnologia finché non sarà totalmente indistinguibile dalla visione umana. Restano adesso da valutare gli impatti di queste interfacce sull'organismo che le ospita.

«Gli elettrodi so-

no stati inseriti nel tessuto, il quale è stato dunque danneggiato.

Questo può dar luogo a infiammazioni locali», spiega al *Corriere* Luca Berdondini, neuroscienziato

dell'IIT. E rimane sempre aperta la questione privacy. Intanto per le interfacce bci, che consentono di trasmettere i nostri pensieri in wireless. Poi per tutte quelle app che si appoggiano alla tecnologia GPT, che per funzionare ha bisogno di una mole enorme di dati che poi verranno gestiti da aziende terze, che purtroppo sempre più spesso finiscono per operare oltre i limiti delle disposizioni normative.

Raffaele d'Ettore

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le domande

1 COSA PUÒ FARE L'IA?

Con i sistemi generativi, oggi possiamo ricreare la nostra voce, oppure effettuare traduzioni istantanee.

2 LA TELEPATIA È POSSIBILE?

Neuralink ha impiantato il primo chip cerebrale, che consente di giocare a scacchi usando solo il pensiero.

3 QUALI SONO I RISCHI?

Per i chip cerebrali va studiato l'impatto fisiologico a lungo termine. Per la tecnologia GPT c'è la questione privacy.

DOPO IL SUCCESSO DI TELEPATHY, MUSK PUNTA SU UN NUOVO IMPIANTO: PERMETTERÀ DI RESTITUIRE LA VISTA AI NON VEDENTI

Qui sopra, Elon Musk, che ha creduto molto in Neuralink e nel suo sistema di chip impiantabile

In alto, illustrazione Freepik



Il ddl Semplificazioni: via libera ad analisi e cure domiciliari

Le farmacie come ambulatori: arriva l'assistenza di quartiere

Francesco Pacifico

Farmacie come piccoli ambulatori: via agli esami con la ricetta medica. Lo prevede il ddl Semplificazioni: i cittadini potranno sottoporsi a un maggior numero di test e analisi fuori dalle cliniche. Garantite telemedicina e assistenza domiciliare. Le prestazioni rimborsate dal servi-

zio sanitario. Sarà possibile anche farsi assegnare il medico di base o il pediatra di libera scelta.

A pag. 16

Farmacie come piccoli ambulatori: via agli esami con la ricetta medica

► Ddl Semplificazioni: i cittadini potranno sottoporsi a un maggior numero di test e analisi fuori dalle cliniche ► Garantite telemedicina e assistenza domiciliare Le prestazioni rimborsate dal servizio sanitario

LE REGOLE

ROMA Della parte galenica resterà sempre meno. Perché le farmacie, a breve e grazie al disegno di legge Semplificazioni, diventeranno a tutti gli effetti dei piccoli ambulatori di prossimità. Luoghi che finiranno per affiancarsi, se non per fare concorrenza, a medici di base e pediatri di libera scelta: spazieranno tra test pediatrici, assistenza domiciliare e telemedicina. Prestazioni che rispetto al passato erogate con un perimetro più ampio e che soprattutto saranno rimborsate come avviene per gli altri attori dal servizio sanitario nazionale: cioè con denaro pubblico, quando sarà operativo il nuovo sistema dei Lea. Basterà la ricetta.

E per sottolineare questa rivoluzione, accanto alla canonica croce verde identificativa ci sarà anche un'insegna per chiarire la nuova missione dell'esercizio: quella della «Farmacia dei servizi». Un progetto vagheggiato nella riforma di settore del 2009 e mai davvero realizzato.

Grandi novità con il disegno di legge Semplificazioni - atteso tra lunedì e martedì in Consiglio dei ministri - per i camici bianchi:

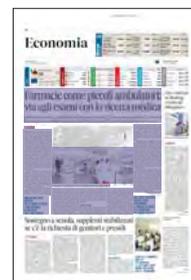
nelle bozze in circolazione c'è un sostanzioso pacchetto di norme che estende l'attività delle quasi 20mila farmacie sparse sul territorio italiano. Dopo lo scoppio del Covid, circa 6mila strutture hanno partecipato attivamente alla campagna vaccinale. Quasi l'80 per cento offrono già alcuni servizi di telemedicina. Nella quasi totalità viene misurata la pressione o si fanno prelievi del sangue.

Però le nuove regole, oltre a mettere le basi per un rimborso da parte del servizio sanitario nazionale di queste prestazioni, di fatto riconoscono alla farmacia un ruolo attivo come erogatore sanitario alla pari dei piccoli ambulatori.

STANZE AD HOC

Ma come sarà la nuova farmacia di servizio? Oltre all'ulteriore insegna, è data la possibilità ai titolari di predisporre locali appositi per le nuove funzioni. Nei quali sarà «vietato il ritiro delle prescrizioni mediche e qualsiasi dispensazione o vendita di farmaci o di altri prodotti». Le farmacie poi dovranno mantenere un distanziamento di 200 metri tra loro.

Guardando alle nuove prestazioni, rispetto al passato i farmacisti potranno effettuare i test diagnostici per il contrasto all'antibiotico-resistenza, richiesti dal medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta «ai fini dell'appropriatezza prescrittiva», tutti i tipi di vaccinazioni, tamponi diagnostici salivari e orofaringei con la raccolta dei campioni. Quelli che ora si fanno



soltanto in ospedale o nei laboratori.

Erogheranno maggiori servizi di telemedicina. Sul fronte degli esami di prima istanza, come le analisi effettuate sul sangue capillare, ci sarà una vera e propria liberalizzazione sul tipo dei macchinari da usare. Sempre nel disegno di legge, poi, si aggiunge che ai farmaci tout court «la dispensazione per conto delle strutture sanitarie» riguarderà anche «dispositivi medici necessari al trattamento dei pazienti in assistenza domiciliare, residenziale e semi-residenziale».

In farmacia si potrà anche sce-

gliere il medico di base e il pediatra di libera scelta. Per gli operatori, però, ci saranno più obblighi: saranno autorizzati dalle Asl e sul fronte della formazione: seguendo già i percorsi avviati per le vaccinazioni del Covid, dovranno superare un corso abilitante presso l'Istituto superiore di sanità, soprattutto per le vaccinazioni e i nuovi test diagnostici.

Francesco Pacifico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**OBBLIGATORI SPAZI
APPOSITI
PER LE NUOVE ATTIVITÀ
E UNA DISTANZA
DI 200 METRI
TRA I VARI ESERCIZI**

**QUI SARÀ POSSIBILE
ANCHE FARSI
ASSEGNARE
IL MEDICO DI BASE
O IL PEDIATRA
DI LIBERA SCELTA**



La farmacia si trasformerà in un mini laboratorio di analisi cliniche



C'è la mano di Pechino dietro le nuove droghe

Il Fentanyl è una sostanza sintetica 50 volte più potente dell'eroina. È la causa di una enorme strage di giovani negli Stati Uniti. Ma è già arrivata anche in Italia

GIOVANNI TERZI

■ Il Fentanyl è la nuova frontiera delle droghe sintetiche, una sostanza che sta provocando la morte di milioni di persone in tutto il mondo. Un nuovo prodotto con costi di produzione bassissimi e, essendo inodore e insapore, pressochè impossibile da individuare nelle lunghe tratte della droga.

1) Cosa è il Fentanyl?

È un oppioide sintetico il cui consumo è decollato durante la pandemia di Covid, che uccide sempre più gente negli Usa in Canada, che rafforza i cartelli messicani, e che è prodotto a partire da precursori chimici made in China il cui export il governo di Xi non sembra avere troppa intenzione di mettere sotto controllo.

2) Qual è l'effetto del Fentanyl?

Originariamente sviluppato per soddisfare la necessità di antidolorifici più forti e utilizzato negli ospedali per le procedure chirurgiche, il Fentanyl è diventato un ingrediente economico e abbondante nel traffico illegale di droga, spesso utilizzato per rafforzare o espandere le scorte di altre droghe illecite. Fino a 100 volte più potente della morfina nella sua forma di prescrizione e 50 volte più potente dell'eroina, il Fentanyl può provocare una overdose fatale con soli due milligrammi, equivalenti a pochi granelli di sale.

3) Quante sono le vittime del Fentanyl?

Nel 2021 80.000 negli Stati Uniti e più di 8.000 in Canada; nel 2022 70.000 negli Stati Uniti. Tra 2016 e 2021 i decessi sono triplicati, e negli Stati Uniti il Fentanyl è ormai la principale causa di morte per le persone di età comprese

tra i 18 e i 49 anni. Le donne rappresentano il 30% di tutti i decessi per overdose. Anne Milgram, capo della Drug Enforcement Administration (Dea) degli Stati Uniti, ha descritto il Fentanyl come «la più letale minaccia di droga che la nostra nazione abbia mai incontrato».

4) Quali sono le rotte preferite dai trafficanti di Fentanyl?

Secondo la Drug Enforcement Administration (Dea), la gran parte del Fentanyl illecito viene prodotto all'estero e contrabbandato negli Stati Uniti attraverso il Messico. Ad aprile, i rappresentanti dei governi degli Stati Uniti e del Messico si sono impegnati a lavorare insieme per affrontare la catena di approvvigionamento del Fentanyl, compresi i suoi componenti chimici. Ma quelle sostanze chimiche sono disponibili a livello globale e molti esperti ritengono che gli enormi gua-

dagni derivanti dal commercio rendano probabile che un giro di vite in un posto porterà solo a nuove fonti di approvvigionamento. Nel 2019,

la Cina si è mossa per dichiarare il Fentanyl e i suoi precursori chimici sostanze controllate per volere dell'allora presidente Donald Trump, ma il cambiamento ha semplicemente finito per deviare una parte maggiore del commercio attraverso il Messico.

5) Come si è arrivati all'attuale crisi?

Secondo le autorità sanitarie statunitensi, si è sviluppata in tre ondate. Nel 1996 Purdue Pharma ha introdotto OxyContin, una forma di ossicodone, come alternativa più sicura agli oppioidi esistenti; nel 2001 le sue vendite annuali erano salite alle stelle a 1 miliardo di dollari. Nel 2007, Purdue ha pagato 600 milioni di dollari di sanzioni per aver descritto il prodotto come meno creatore di dipendenza rispetto ad altri antidolorifici. Nel 2010, ha rilasciato una versione riformulata che era più difficile da schiacciare o dissolvere, come hanno fatto molti utenti per sostituire l'effetto desiderato con uno sbalzo istantaneo. Alcuni dipendenti da antidolorifici legali hanno iniziato a usare l'eroina, innescando un aumento del loro uso. Nel corso del tempo, gli spacciatori hanno iniziato ad aggiungere Fentanyl più economico all'eroina, quindi han-



no iniziato a vendere il fentanyl da solo: a volte mescolato con materiali inerti come farina o bicarbonato di sodio. Mescolata al Fentanyl, la xilazina produce letargia, svenimento e piaghe della pelle.

6) Qual è il ruolo della xilazina?

Può deprimere in modo letale la respirazione e la pressione sanguigna. Restringe anche i vasi sanguigni, creando bassi livelli di ossigeno che possono peggiorare le lesioni, portando talvolta alla perdita degli arti. Poiché non è un oppioide, i trattamenti di emergenza somministrati per overdose di eroina o Fentanyl, come il naloxone, non funzionano con la xilazina. Il sedativo, che costa una piccola frazione di quello che fa il Fentanyl all'ingrosso, non è una sostanza controllata e può essere facilmente acquistato attraverso siti web che non verificano la necessità veterinaria del prodotto, ha osservato la Dea in un rapporto del 2022. Mentre i prezzi

all'ingrosso negli Stati Uniti per un chilogrammo di eroina o Fentanyl ammontano a decine di migliaia di dollari, secondo l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine, la stessa quantità di xilazina può essere acquistata da fornitori cinesi per 20 dollari o meno. Nel 2021, la xilazina è stata implicata in oltre 3.000 decessi correlati a overdose negli Stati Uniti, un numero che le autorità sanitarie ritengono probabilmente sottostimato.

7) Qual è il peso delle droghe sintetiche nel narcotraffico?

Nella percezione corrente il mondo delle droghe è dominato da tre prodotti: la cannabis; la cocaina; l'eroina. Ma l'ultimo rapporto Onu sulle droghe reso noto il 25 giugno avverte dell'enorme boom delle droghe sinteti-

che in tutto il mondo. Un boom senza precedenti proprio perché la loro produzione è economica, veloce e non è legata ad alcun raccolto o limitazione geografica, il che rende difficile il lavoro delle forze di sicurezza.

8) Quali sono le droghe sintetiche più diffuse al mondo?

Secondo l'Onu nel mondo sono circa 36 milioni i consumatori di anfetamine e circa 20 milioni di "ecstasy", le due droghe sintetiche più diffuse, e i loro mercati principali sono in Asia e Nord America. I trafficanti di droga stanno utilizzando tecniche di sintesi innovative, creando nuovi laboratori e utilizzando precursori incontrollati per eludere le forze di sicurezza. La facilità con cui questi farmaci possono essere fabbricati, attraverso laboratori mobili, fa sì che la loro produzione possa prosperare in zone di conflitto con poca presenza statale, come l'Afghanistan e la Siria. Dopo anni di relativa stabilità, nel 2021 si è registrato un aumento del 40% dei sequestri di nuove sostanze psicoattive di origine sintetica, fino a 19 tonnellate.

9) Ci sono altre droghe sintetiche nuove a parte il Fentanyl?

In Africa è aumentato il consumo di Tamadol, in Medio Oriente quello di Captagon e in Asia di Ketamina. Nel boom del Captagon ha un ruolo il regime di Bashar Assad.

10) Il Fentanyl è arrivato in Italia?

Il 15 novembre è stato annunciato l'arresto sette persone in un'operazione contro il contrabbando di Fentanyl dalla Cina agli Stati Uniti, Tra gli arrestati, anche il presunto capobanda; un italiano di 51 anni sospettato di aver acquistato Fentanyl da Pechino negli ultimi tre anni, per rivenderlo ad acquirenti negli Stati Uniti e, in un caso, in Messico. «È stato davvero un ottimo lavoro, realizzato grazie alla collaborazione diretta con gli investigatori della Drug Enforcement Admini-

stration (Dea) statunitense», ha riferito il procuratore capo di Piacenza Grazia Pradella, aggiungendo che la polizia statunitense ha arrestato altre 11 persone e sequestrato due chili di droga. Un comunicato della Guardia di Finanza aggiunge che l'indagine è iniziata lo scorso aprile a seguito di una segnalazione inviata dall'ufficiale di collegamento della Dea presso l'ambasciata degli Stati Uniti a Roma, e che il Fentanyl era arrivato a Piacenza all'interno di pacchi spediti dalla Cina ed etichettati come contenenti dispositivi elettronici o libri. Gli investigatori italiani sono riusciti a rintracciare

100.000 dosi confezionate e le relative transazioni economiche per un valore di oltre 250.000 euro (275.000 dollari) sono avvenute tramite strumenti di pagamento non tracciabili, utilizzando criptovalute. Hanno anche scoperto che il gruppo aveva coniato monete svizzere false quasi perfette e le aveva introdotte clandestinamente in Svizzera, dove le avevano riciclate attraverso macchine per scommesse sportive e bancomat bitcoin. La conversione dei bitcoin in euro era stata poi affidata a persone dell'Est Europa, che aveva restituito al falsario piacentino la somma "ripulita" meno la commissione del 7%. Sono stati sequestrati 300.000 euro in contanti, circa 26.000 euro in bitcoin, 70 dispositivi informatici e tre orologi di valore elevato, oltre a beni e attrezzature per la falsificazione di valuta.

MEDICINALE

Il Fentanyl è nato come antidolorifico poi è diventato un mezzo economico per tagliare droghe



22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

La tecnologia che salva la vita: infarto diagnosticato a distanza e curato prontamente in ospedale

Un defibrillatore impiantabile ha consentito di scoprire un infarto acuto a un paziente a rischio di aritmie mortali e di 'avvertire' i cardiologi della centrale di controllo del Policlinico Gemelli che hanno fatto arrivare subito in ospedale l'ignaro paziente, senza sintomi specifici, per salvargli la vita con un'angioplastica. Questa è la storia di Mario, narrata dai suoi cardiologi su British Medical Journal Case Reports.



Seguire i pazienti a distanza, una volta usciti dall'ambulatorio o dal ricovero in ospedale per vedere come si comporta il loro cuore mentre tornano alle loro normali attività quotidiane, persino durante il riposo notturno, è diventato da anni prassi comune, grazie all'importante sviluppo tecnologico che hanno avuto i dispositivi elettronici impiantabili, quali defibrillatori, pacemaker o device per il monitoraggio dello scompenso cardiaco. Il continuo invio di segnali dall'apparecchio impiantato al paziente, alla centrale di monitoraggio dell'ospedale, consente al cardiologo di rilevare i problemi sul nascere e di intervenire tempestivamente, richiamando immediatamente il paziente per un controllo in ospedale, quando qualcosa non va per il verso giusto. È quanto accade da anni al Policlinico Gemelli, dove l'unità di Aritmologia riceve ogni giorno un'enorme quantità di informazioni trasmesse dai dispositivi dei pazienti seguiti presso questa struttura. Ma a volte le potenzialità di questi gioielli tecnologici, veri e propri angeli custodi impiantati ai pazienti, superano addirittura le aspettative. Come nel caso del signor Mario (nome di fantasia), la cui storia è descritta dai cardiologi del Gemelli in un articolo appena pubblicato su British Medical Journal Case Reports. "Il monitoraggio da remoto dei parametri rilevati da dispositivi salva-vita impiantabili quali pace-maker e defibrillatori – ricorda la professoressa Gemma Pelargonio, responsabile della UOSD di Aritmologia della Fondazione Policlinico Agostino Gemelli IRCCS e docente di Cardiologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, campus di Roma - rappresenta oggi uno strumento importante nella pratica clinica. In questo modo, oggi seguiamo centinaia di nostri pazienti. I parametri monitorati da questi device elettronici ci permettono di individuare prontamente non solo eventuali problemi di funzionamento del sistema impiantato, ma anche la comparsa di aritmie importanti". Ma nel caso del signor Mario è successo qualcosa di davvero particolare, che va ben oltre l'ordinaria amministrazione.

La storia di Mario

Mario ha una settantina d'anni, soffre di cardiopatia ischemica cronica e da tre anni gli è stato impiantato un defibrillatore bicamerale perché ha uno scompenso cardiaco a ridotta frazione d'eiezione, che lo espone al rischio di aritmie maligne. Qualche mese fa, durante una notte, trascorsa apparentemente come tante altre per il signor Mario, il sistema del defibrillatore ha invece riconosciuto e interrotto diversi episodi di aritmie potenzialmente letali, salvando la vita del paziente. Mario non accorge di nulla e non

pensa di aver bisogno del suo cardiologo. Lui forse no, ma il suo dispositivo salva-vita, si. Il device infatti comincia ad inviare una serie di allarmi alla centrale di controllo del Gemelli; questi vengono rilevati in tempo reale da Linda Fulco, uno dei tecnici dedicati al monitoraggio remoto, che allerta subito il cardiologo. Mario viene subito contattato e invitato a recarsi con urgenza presso il pronto soccorso. Il paziente, ancora insonnolito, si meraviglia perché non accusa particolari disturbi, ma non discute e fa quello che i cardiologi gli dicono di fare. All'arrivo in pronto soccorso, i cardiologi rilevano un infarto miocardico acuto, in sede inferiore. Mario viene subito portato in sala di emodinamica dove è sottoposto ad una coronarografia d'urgenza, che evidenzia un'occlusione acuta dell'arteria coronarica; viene immediatamente effettuata un'angioplastica percutanea, che prontamente ripristina il flusso di sangue attraverso il vaso occluso dall'infarto. "Questo caso – spiega il dottor Gianluigi Bencardino, UOSD di Aritmologia di Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS, docente a contratto di cardiologia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, e primo autore della pubblicazione su British Medical Journal Case Reports - dimostra come il monitoraggio da remoto offra un ampio spettro di benefici per il paziente, in questo caso la possibilità di diagnosticare e trattare in maniera tempestiva un infarto miocardico acuto". "Nutriamo grandi aspettative sulle nuove opportunità offerte dai sistemi di controllo a distanza dei pazienti - commenta il professor Francesco Burzotta, direttore della UOC di Cardiologia di Fondazione Policlinico Gemelli IRCCS e Associato di Cardiologia all'università Cattolica del Sacro Cuore -. Per strutture ad elevato flusso di pazienti come la nostra, poterli seguire anche a distanza, consente di evitare tante visite ambulatoriali 'di controllo' inutili, risparmiando ai pazienti spostamenti e giornate lavorative perse e allo stesso tempo, abbreviando i tempi d'attesa per altri pazienti che necessitano invece di valutazioni ambulatoriali o di ricovero. Con il monitoraggio a distanza andiamo così di fatto ad incrementare le nostre potenzialità terapeutiche e ad offrire una migliore assistenza ai nostri pazienti".

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ipercolesterolemia, nuove prospettive terapeutiche per ridurre il rischio cardiovascolare

di Fabrizio Oliva*

In Italia ogni anno 230.000 persone muoiono a causa di malattie cardiovascolari, e circa 47.000 decessi sono attribuibili al mancato controllo del colesterolo. Tale condizione non riguarda esclusivamente la fascia di età più elevata poiché le stime epidemiologiche mostrano che la malattia si manifesta nel 73% nel sesso maschile e nel 43% di quello femminile già in età giovanile e nella mezza età. Il colesterolo rappresenta infatti uno tra i più importanti fattori di rischio cardiovascolare, causando per il Sistema Sanitario Nazionale un impatto clinico, organizzativo ed economico enorme. Ciò nonostante secondo le più recenti Linee Guida internazionali, su oltre 1 milione di pazienti a più alto rischio l'80% non raggiunge il target indicato.

Sebbene già nelle mummie egiziane siano stati ritrovati segni di malattia aterosclerotica, nelle ultime decadi con il diffondersi di stili di vita non sani e con l'allungamento della vita media l'aterosclerosi e le sue conseguenze sono divenute responsabili di una vera e propria epidemia di malattie cardiovascolari. Il controllo del colesterolo è dunque uno dei principali obiettivi della terapia mirata alla prevenzione cardiovascolare.

Nell'ipercolesterolemia è fondamentale un trattamento precoce, soprattutto dopo eventi acuti come l'infarto del miocardio. La comunità scientifica internazionale è infatti unanimemente concorde sul beneficio che può apportare l'impiego di farmaci ad alta efficacia somministrati quanto prima possibile in modo da evitare che i pazienti siano esposti ai rischi dovuti a livelli di colesterolo elevato. Negli ultimi anni grazie a studi osservazionali su larga scala che hanno incluso centinaia di migliaia di persone è stato dimostrato che quanto più a lungo gli individui sono esposti a livelli elevati di colesterolo tanto maggiore è il rischio di sviluppo e crescita delle placche aterosclerotiche con conseguente rischio di manifestazioni acute quali l'infarto. Per tale motivo le più recenti raccomandazioni formulate dagli esperti di tutto il mondo indicano l'importanza di utilizzare, dopo un evento acuto, non solo farmaci ad alta efficacia ma fin da subito una combinazione farmaci, se necessario includendo farmaci più innovativi come l'acido bempedoico o gli inibitori di PCSK9, così da aumentare la probabilità di successo della terapia e anche l'aderenza al trattamento ovvero il prosieguo nel tempo della terapia prescritta. Allo stesso modo quando gli elevati livelli di colesterolo sono conseguenza di malattie genetiche, e quindi presenti fin dalla più giovane età, per evitare i danni correlati alla persistente esposizione al colesterolo per numerosi anni, ovvero evitare lo sviluppo e la crescita delle placche, è necessario mettere in pratica un approccio simile, cioè, utilizzare subito farmaci potenti ed in combinazione così da favorire il mantenimento della terapia nel lungo tempo.



Esistono delle crescenti evidenze sulle novità all'orizzonte in termini di possibilità di ridurre il rischio cardiovascolare attraverso farmaci, come le piccole molecole di RNA (siRNA) o gli oligonucleotidi antisenso (OSA), in grado di modulare l'espressione di proteine che giocano un ruolo nel metabolismo dei grassi circolanti, con molecole che agiscono in maniera selettiva a livello del fegato. Questo tipo di trattamento ha il vantaggio di avere una lunga durata d'azione, quindi non richiedere una somministrazione quotidiana del farmaco e garantire in tal modo una maggiore aderenza alla terapia. Da circa un anno è a disposizione l'inclisiran, un farmaco che permette di ridurre il colesterolo cattivo in circolo attraverso iniezioni sottocutanee praticate due volte l'anno. Questo grazie al suo meccanismo d'azione del tutto innovativo ovvero riducendo l'espressione di una proteina che interferisce con la captazione del colesterolo plasmatico da parte delle cellule del fegato. La ricerca scientifica, sfruttando un meccanismo d'azione simile, ovvero di modulazione dell'espressione di proteine, sta sviluppando nuovi farmaci rivolti verso altri fattori che aumentano il rischio cardiovascolare e che possono essere responsabili di eventi acuti proprio come il classico colesterolo cattivo. Uno degli obiettivi dei farmaci in via di sviluppo è ad esempio la lipoproteina(a) che, quando è elevata, anche se si interviene efficacemente sul colesterolo cattivo in circolo, può favorire eventi acuti e potenzialmente invalidanti come l'infarto e l'ictus, ma anche la malattia di valvole cardiache come la stenosi valvolare aortica calcifica.

**Presidente ANMCO e Direttore Cardiologia 1 dell'Ospedale Niguarda di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S
24

Endometriosi: quadruplicate le richieste di preservazione della fertilità

E' una delle cause più note di infertilità e colpisce più di 3 milioni di donne solo in Italia: l'endometriosi è una patologia tanto diffusa quanto silenziosa perchè spesso le donne che ne soffrono pensano di avere solo dei crampi durante i loro cicli mestruali, ma nel frattempo la malattia può progredire in modo significativo. Tanto che è una delle principali cause dell'impennata di richieste di preservazione della fertilità, quadruplicate negli ultimi 10 anni. A fare il punto su una patologia che nel mondo colpisce più di 170 milioni di donne ed è caratterizzata dalla presenza della mucosa che normalmente riveste esclusivamente la cavità uterina, all'esterno dell'utero, è Ivi, istituto leader in medicina riproduttiva presente in 9 Paesi (4 sedi in Italia), che ha organizzato a Roma l'evento 'Endometriosi e fertilità'. "L'Organizzazione Mondiale della Sanità (Oms) - spiega Daniela Galliano, responsabile del Centro Pma di Ivi Roma - considera l'infertilità una patologia e la definisce come l'assenza di concepimento dopo circa 12-24 mesi di regolari rapporti sessuali mirati non protetti. L'endometriosi è proprio una delle cause più note di infertilità, per questo è fondamentale che ci sia informazione e comprensione della malattia non solo a livello sociale ma in primo luogo sanitario per evitare che le donne si perdano in una spirale di diagnosi errate". Se in passato, ricorda Galliano, "la diagnosi avveniva con notevole ritardo rispetto all'esordio dei sintomi, anche 7-8 anni dopo, oggi c'è una maggiore attenzione sia da parte dei medici sia delle donne stesse. Non esiste una cura, ma esistono soluzioni per prevenire la progressione della malattia, per controllare gran parte dei sintomi e prevenire conseguenze come l'infertilità. Il trend a cui stiamo assistendo in questi ultimi anni è quello di iniziare a cercare una gravidanza sempre più tardi, avere l'informazione che è possibile, ad esempio, vitrificare i propri ovuli con la tecnica 'egg freezing', e farlo prima che la malattia si aggravi, permette alle donne con diagnosi di endometriosi di aumentare le proprie chances riproduttive". Grazie all'"egg freezing" sempre più donne possono conservare i propri ovociti, congelandoli a una temperatura di -196 °C, con la possibilità di mantenere inalterata la loro qualità con lo scorrere del tempo. In Italia sono affette da endometriosi il 10-15% delle donne in età riproduttiva e la patologia interessa circa il 30-50% delle donne infertili o che hanno difficoltà a concepire. I sintomi più frequenti sono mestruazioni dolorose, dolore pelvico cronico, dolore durante la minzione, sintomi gastrointestinali, dolore ai rapporti sessuali, affaticamento. Questi sintomi rendono difficile la diagnosi in quanto sono comuni anche ad altre patologie".



© RIPRODUZIONE RISERVATA

22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Sidp: impennata del turismo dentale, 200mila italiani all'estero per protesi e impianti

Ricostruzione protesica fissa e mobile, impianti e cure articolate, tutto concentrato in 10 giorni. Allettati dalle pubblicità sui social e da costi contenuti, anche tre volte più bassi rispetto all'Italia, ma anche dall'incredibile rapidità degli interventi, ogni anno circa 200mila italiani fanno le valigie per andare in Albania, Croazia, Romania,

Turchia o altri Paesi per curarsi i denti. Un trend in aumento, stando ai dati del report Osservatorio Compass sul turismo odontoiatrico, secondo cui il 36% degli italiani sarebbe disposto ad andare oltre confine per protesi, impianti e terapie parodontali, ma purtroppo in 1 caso su 3 al rientro compaiono problemi che rendono necessario un nuovo intervento, vanificando il risparmio e le cure. Lo segnalano gli esperti della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (SidP) durante il 23° Congresso Nazionale, a Rimini fino al 23 marzo, dedicato proprio alla qualità delle terapie in parodontologia e implantologia che in Italia sono di elevatissimo livello: il nostro Paese è nella top ten dei migliori al mondo per le cure parodontali e le competenze sulle malattie gengivali, stando all'analisi delle pubblicazioni scientifiche degli ultimi dieci anni.

“Il turismo dentale è un fenomeno che purtroppo non accenna a scomparire, anzi – osserva Francesco Cairo, presidente SidP e professore di Parodontologia all'Università di Firenze –. Qualche tempo fa perfino l'Ambasciata italiana a Tirana ha dovuto diramare una nota per richiamare i nostri connazionali alla prudenza nel recarsi in cliniche private albanesi per le cure dentali, perché queste quasi sempre non rispondono a standard di qualità soddisfacenti. I costi sono inferiori, anche tre volte più bassi, così molti italiani vanno all'estero per risparmiare sulle terapie odontoiatriche, ma i rischi non mancano: materiali scadenti, studi odontoiatrici non adeguatamente sicuri, carenze di farmaci possono inficiare il risultato finale, esponendo a pericoli come ascessi, infezioni, difficoltà di masticazione che poi devono essere risolti al rientro in Italia. All'estero infatti spesso si ‘taglia’ sui tempi di guarigione e sui controlli post-operatori: i modi sbrigativi – puntualizza Cairo – comportano l'inserimento di impianti in numero maggiore a quelli utili perché si dà per scontato che alcuni potrebbero non funzionare. Inoltre, le protesi sono spesso compressive delle mucose o imprecise, perché non si lascia il tempo di guarigione biologica ai tessuti ossei e gengivali. Anche la visita si limita all'invio di una lastra, mentre la pianificazione di un piano terapeutico, richiede una anamnesi approfondita del paziente per una appropriata conoscenza delle sue condizioni cliniche”.

Eppure, stando ai dati raccolti dall'Osservatorio Compass, il 36% degli italiani sarebbe disposto a curarsi all'estero e la percentuale sale al 77% in chi ha già provato l'esperienza. Chi non si fida teme un errore o ha dubbi sulla qualità delle cure. “È giusto dubitare, perché si stima che almeno una persona su tre abbia qualche problema al



rientro in Italia, con conseguenze anche serie che comportano un nuovo intervento con costi che possono diventare proibitivi, assai più alti che se si fosse gestita la situazione in modo corretto fin da subito – aggiunge Cairo –. Gli esperti della British Dental Association qualche tempo fa avevano intervistato i dentisti inglesi scoprendo che il 94% di loro aveva trattato pazienti che si erano rivolti all'estero per cure dentali; nel 60% dei casi gli eventi avversi erano gravi, per esempio si erano verificate infezioni o ascessi. Si stima che ci sia un 20% di casi in cui si utilizzano materiali scadenti o non conformi, un altro 15% di casi in cui le protesi non sono funzionali o sono adattate in fretta e furia, o magari ancora funzionano, ma i tessuti di supporto sono infetti. Spesso infatti si interviene mettendo impianti, ponti o corone senza pensare a curare i tessuti di supporto e senza prima risolvere infiammazioni, granulomi o altri problemi. Tutto questo compromette la salute orale, che invece viene tutelata se i pazienti si affidano a odontoiatri italiani che eseguono una diagnosi precoce, programmano un trattamento in fasi corrette e consequenziali, garantiscono l'impiego di materiali di qualità. Adottare la soluzione più veloce e a basso costo non è sinonimo di sicurezza, né di reale risparmio”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

21 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Federfarma-Airc: si rinnova l'accordo per ricerca e la prevenzione oncologica

Si rinnova l'impegno di Federfarma a fianco di Airc per supportare la ricerca sul cancro con la sigla di nuovo accordo triennale per la campagna Nastro Rosa Airc finalizzata alla sensibilizzazione sul tumore del seno nelle oltre 18mila farmacie italiane. Il protocollo prevede anche il progetto "Insieme per la prevenzione" con la realizzazione congiunta di materiali e contenuti informativi sull'adozione di abitudini e comportamenti salutari per ridurre il rischio di cancro, insieme all'adesione agli screening resi disponibili dal Servizio sanitario nazionale. "Promuovere e sostenere la ricerca è una responsabilità sociale molto sentita da Federfarma - spiega il presidente, **Marco Cossolo** - e dalle farmacie italiane che, grazie alla loro presenza capillare sul territorio, possono sensibilizzare un gran numero di persone sull'importanza di adottare stili di vita sani ed effettuare screening al fine di prevenire il cancro".

"La responsabilità sociale fa naturalmente parte dell'attività che svolgiamo ogni giorno in farmacia accogliendo, ascoltando e orientando i cittadini che si rivolgono a noi con fiducia per ottenere risposte ai loro bisogni di salute", ha aggiunto **Roberto Tobia**, segretario nazionale di Federfarma.

"Valore della prevenzione e adozione di salutari stili di vita sono gli alleati della ricerca per ridurre il rischio di cancro - sottolinea dal canto suo **Daniele Finocchiaro**, consigliere delegato di Fondazione Airc -. Ringrazio Federfarma per aver rafforzato l'impegno al nostro fianco e per consentirci di veicolare a milioni di persone un'informazione corretta su temi così importanti". La collaborazione tra Federfarma e Fondazione Airc, iniziata nel 2018, è stata riconosciuta anche con il premio Airc "Credere nella ricerca" assegnato a ottobre 2023 dal Presidente della Repubblica, Sergio Mattarella, durante la Cerimonia di apertura dei Giorni della Ricerca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



22 mar
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Kyriakides-Int Milano: insieme per promuovere networking e standard di cura uniformi a livello europeo

Migliorare la qualità delle cure oncologiche e favorire l'istituzione di nuovi Comprehensive Cancer Center, affinché sia garantito un approccio alle cure uniforme in tutti i Paesi dell'Unione europea, partecipazione attiva dei pazienti ai progetti di ricerca e riduzione delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari. Sono questi i tre punti chiave sui quali si sta concentrando l'Unione europea e condivisi dall'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano, Comprehensive Cancer Center dal 2015. "L'Istituto ha una lunga e consolidata tradizione nella cura e nella ricerca, col fine ultimo di soddisfare le legittime aspettative dei pazienti – dichiara Gustavo Galmozzi, presidente Istituto Nazionale dei Tumori di Milano –. Queste nostre peculiarità ci hanno portato a essere tra i migliori Istituti oncologici al mondo e a essere centro di riferimento nazionale e internazionale per i tumori a maggiore incidenza, per quelli rari e per quelli pediatrici, con offerta di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità e di eccellenza. La visita di Stella Kyriakides, Commissaria europea per la Salute, sancisce il ruolo internazionale del nostro Istituto, la nostra capacità di diffondere know how e creare networking globali".

INT fa parte di Cancer Core Europe, un network composto da sette principali Centri oncologici europei che combinano la ricerca scientifica con la cura del paziente. "È una grande opportunità per l'Istituto, che viene coinvolto in progetti di ricerca innovativi e di respiro internazionale, che generano una ricchezza di nuove informazioni per identificare decisioni terapeutiche sempre più mirate – aggiunge Carlo Nicora, Direttore Generale Istituto Nazionale dei Tumori di Milano –. Il respiro internazionale è tangibile nel nostro Istituto e lo dimostrano i fatti. Abbiamo il più importante Molecular Tumor Board, il Gruppo Multidisciplinare per la discussione di casi clinici, che è attivo in 18 ambiti specialistici; facciamo parte del Molecular Tumor Board Portal del Cancer Core Europe, la risposta all'esigenza sempre più concreta di ottimizzare e personalizzare i trattamenti oncologici, con l'obiettivo di somministrare la terapia con le maggiori probabilità di successo per ciascun paziente".

Tra le strategie mirate a ridurre le disuguaglianze e a rendere omogenea la qualità delle cure, c'è quella di favorire la creazione di Comprehensive Cancer Center nelle Nazioni dove non sono presenti e, di favorirne un incremento su base regionale oppure nazionale nei Paesi europei dove esistono, ma in percentuale insufficiente rispetto ai pazienti oncologici. Secondo alcune stime, solo dal 5 al 20% dei residenti nei vari Stati dell'UE ancora oggi vengono trattati in Cancer Center o in Comprehensive Cancer Center.

"È un piacere per me vedere di persona come l'Istituto Nazionale Tumori contribuisca agli importanti sforzi che si stanno compiendo a livello europeo per affrontare il cancro – dichiara Stella Kyriakides, commissaria europea per la Salute –. Il piano europeo di



lotta contro il cancro, che contribuisce a rafforzare l'Unione europea della Salute, ha dato uno slancio politico senza precedenti per migliorare l'assistenza e il trattamento del cancro nell'UE. L'Istituto Nazionale Tumori, fondato nel 1928, è uno dei primissimi centri oncologici in Europa, un attore importante in questo processo, che ci sosterrà nel garantire che il cancro rimanga una priorità politica anche per gli anni a venire". Coordinare e armonizzare la ricerca in oncologia per produrre nuove evidenze scientifiche e strategie cliniche da diffondere alle singole nazioni, a beneficio di tutti i pazienti oncologici, è la mission comune a tutta l'Unione Europea. Ed è il più importante obiettivo di OECI, il network che riunisce i maggiori Centri oncologici di cura e di ricerca internazionali. "Oggi più che mai è fondamentale impostare progetti di ricerca condivisi con altre realtà europee e internazionali" – sottolinea Giovanni Apolone, Direttore Scientifico Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e Presidente OECI –. Il nostro Istituto ha creduto fortemente alla necessità di unire gli sforzi dei ricercatori e creare network europei. Abbiamo 32 Progetti in corso e per quanto riguarda 6 in particolare, ne siamo i Coordinatori".

Un esempio? il progetto internazionale I3LUNG, finanziato con 10 milioni di euro nell'ambito del Programma Quadro Horizon Europe. Iniziato nel 2021 e tutt'ora in corso, ha come obiettivo quello di individuare grazie all'utilizzo dell'Intelligenza artificiale diversi possibili biomarcatori per rendere l'immunoterapia personalizzata e quindi più efficace nel tumore del polmone. "Da sempre l'Istituto crede nella ricerca e ci credono anche i pazienti che si rivolgono all'Istituto, come dimostrano i dati" – chiarisce Apolone – "Nel 2022 hanno aderito agli studi 19.034 malati oncologici. Ora è il momento di fare il salto di qualità, e questo insieme agli altri Istituti di ricerca internazionali, coinvolgendo nel disegno e nell'implementazione degli studi le Associazioni pazienti, per favorire una partecipazione attiva e consapevole delle persone reclutate".

L'Istituto Nazionale dei Tumori, definito come «Comprehensive Cancer Center», secondo quanto stabilito dall'Organizzazione degli Istituti del Cancro Europei (OECI), con 10 brevetti e ben 5 Registri di Patologia Istituzionali, è affiliato a oltre una decina di organizzazioni internazionali per la ricerca e cura del cancro (OECI, UICC, EORTC) ed è membro nella rete «Cancer Core Europe» formata dai 7 principali European Cancer Center e di OECI, un network che riunisce oltre cento Istituti oncologici europei. INT ha all'attivo 32 Progetti di ricerca finanziati o co-finanziati con fondi dell'Unione Europea, per un totale di 37,2 milioni. Le ricerche sono nell'ambito dei Programmi Europei Mission on Cancer, Beating Cancer Plan, Horizon Europe, RIA, Research and Innovation Action, IAs, Internal Audit Service.

Sono in fase di avvio anche quattro progetti di ricerca che coinvolgono nello specifico i bambini e gli adolescenti in cura presso la Pediatria Oncologica dell'Istituto Nazionale dei Tumori di Milano e che fanno parte dei Programmi europei Horizon 2020 & Horizon Europe, Mission on Cancer e EU4Health.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La crisi della sanità La Regione: assunti 800 professionisti e il 20% degli appuntamenti dei privati è entrato nel Recup

Liste d'attesa, mancano mille medici

Pesanti ritardi per visite e accertamenti diagnostici nelle strutture pubbliche del Lazio

Mancano mille medici nel Lazio: lo denuncia il sindacato Cimo, mentre Cittadinanzattiva ha raccolto moltissime segnalazioni da parte dei malati: una donna alla 32ma settimana di gravidanza, ad esempio, non è riuscita a trovare posto al Policlinico Casilino per una visita ostetrica entro 10 giorni, come prevedeva la prescrizione. I tempi

per visite ed esami diagnostici sono ancora molto lunghi, nonostante dal 1° gennaio a oggi sia entrato nel Recup oltre il 20% delle prestazioni dei privati accreditati. I dati della Regione (che ha assunto 800 professionisti) parlano invece di un leggero miglioramento: per una risonanza al cervello

dai 106 giorni del 2023 si è passati a 70 e per quella dell'addome inferiore da 92 a 75. alle pagine **2 e 3 Salvatori**

Odissea per le liste d'attesa Visita oncologica a sei mesi e nove per l'angiologo

Cittadinanzattiva denuncia pesanti ritardi. A oggi il 20% degli appuntamenti dei privati nel Recup. Non bastano le assunzioni fatte dalla Regione: mancano mille medici

Nel Recup, da gennaio a oggi, è stato inserito oltre il 20% delle prestazioni dei privati accreditati. Un passo avanti importante, ma per arrivare al 100% ci vuole ancora tempo. Il che vuol dire che il problema delle liste d'attesa nel Lazio è ancora lontano dalla risoluzione. Lo stesso presidente Rocca ha detto che ci vorranno mesi e bisognerà aspettare la fine dell'anno. Le prime rilevazioni della Regione (da gennaio a marzo) sono confortanti; per una risonanza magnetica del cervello e tronco encefalico con mezzo di contrasto dai 106 giorni di attesa del 2023 si è passati agli attuali 70, senza liquido da 103 a 67; per quella della colonna da 104 a 70; mentre per lo stesso esa-

me nell'addome inferiore, dai 92 ai 75. Considerando anche che c'è stato un aumento della richiesta.

Ma è troppo il pregresso da recuperare. Come dimostrano alcune segnalazioni arrivate a Cittadinanzattiva da parte di pazienti con difficoltà a prenotare visite ed esami: donna alla trentaduesima settimana di gravidanza non riesce a trovare posto al Policlinico Casilino per una visita ostetrica con ricetta di classe B (ovvero breve, entro 10 giorni); nella Asl Roma 2, per una visita angiologica con priorità D (differibile, cioè a 30 giorni) prenotata il 18 gennaio bisogna attendere fino al 18 ottobre; a Latina un esame oncologico B è disponibile, tramite centro di prenotazio-

ne unica tra 6 mesi, in intramoenia nel pomeriggio stesso.

Un elemento però torna prepotentemente quale motivazione di lunghi tempo di attesa per le prenotazioni delle prestazioni: «La carenza di personale e di professionisti», ha spiegato Elio Rosati, segretario regionale Cittadinanzattiva. Nonostan-



te le oltre 800 tra assunzioni e stabilizzazioni autorizzate nell'ultimo anno dalla Regione, e al di là del fatto che «nel Recup vengano inserite appena il 35% delle possibili prestazioni delle Asl, dal momento che il restante 65 viene riservato a chi è ricoverato - prosegue Rosati -. Una percentuale che si abbassava notevolmente nel privato accreditato che fino a fine 2023 caricava a sistema tra lo 0,4 e l'1,5%.

La carenza dei professionisti è un'emergenza che va affrontata prima possibile secondo Alessandro Caminiti, segretario regionale Cimo Lazio: «Nel 2020 abbiamo affrontato il Covid sotto organico e in parte abbiamo risolto con contratti a tempo deter-

minato e atipici, ma ci si è resi conto che bisognava invertire la tendenza della riduzione dei medici in atto dal 2004 - spiega -. La Regione sta provvedendo con le assunzioni, aumentando l'offerta, gliene va dato merito». Ma l'immissione di forza lavoro in sanità ancora non corrisponde alle necessità reali. «Non è affatto semplice quantificare quanti sarebbero i professionisti necessari. Oggi nel sistema sanitario regionale si contano circa 9mila medici ospedalieri e del territorio, escluse le strutture religiose e le private convenzionate. Ne servirebbero altri mille - continua Camini-

ti -. Invece i posti letto mancanti oggi nel Lazio sono oltre 3mila, per il decreto ministeriale n.70 del 2015 (che stabilisce la proporzione del numero dei letti in base ai residenti, ndr). Secondo le società scientifiche, però, ne occorrerebbero almeno 700 per arginare il fenomeno dei pazienti in attesa di ricovero in pronto soccorso, considerando che 300 sono stati già affidati a strutture private accreditate dal presidente Rocca». Il punto resta però sempre lo stesso: «Una volta creati i posti letti, poi dei pazienti chi si occupa? L'obiettivo deve essere quello di recuperare il gap esistente tra medici ospedalieri in servizio e medici necessari per garantire la

giusta offerta del Servizio sanitario regionale», conclude Caminiti.

Clarida Salvatori

Caminiti (Cimo)

«Nonostante le oltre 800 assunzioni fatte dalla Regione, c'è carenza di personale»

La vicenda

● Le liste d'attesa causano ancora pesanti problemi ai cittadini del Lazio. Lo denuncia l'associazione Cittadinanzattiva che ha raccolto molte segnalazioni da parte di cittadini di ritardi nel Lazio

La giunta Rocca

Un report rivela per una risonanza al cervello da 106 giorni del 2023 si è passati agli attuali 70



Medici nel Policlinico Tor Vergata



Se continua questo trend, a fine anno ci avvicineremo alle mille domande di professionisti che vogliono andare a lavorare all'estero



Dir. Resp.: Luciano Fontana

IL PRESIDENTE DELL'ORDINE

Magi: «Bisogna aprire le case di comunità»

«Nel Lazio ci sono pochi medici, che lavorano troppe poche ore, anche appena cinque a settimana. E le case di comunità ancora non vengono aperte. Mentre invece potrebbero occuparsi di 1 milione e 200mila pazienti cronici, come i diabetici, che avrebbero percorsi dedicati. E che in questo modo verrebbero eliminati di fatto dalle

liste d'attesa»: queste le proposte di Antonio Magi, presidente dell'Ordine dei medici di Roma e Lazio per i tempi troppo lunghi per le prenotazioni.

a pagina 3

Magi: «Più ore di lavoro per i dottori in servizio»

Il presidente dell'Ordine di Roma: utili anche le case di comunità

L'intervista

«Il problema delle liste d'attesa nel Lazio deriva anche dall'aver depauperato il sistema da un gran numero di specialisti sul territorio: negli ospedali come anche nelle Asl. Ma anche dal fatto che tanti di questi professionisti lavorano una media di 21 ore settimanali: troppo poche. Alcuni, i più giovani, fanno addirittura soltanto 5 ore per vedersi riconosciuto uno stipendio di appena 250 euro al mese. Certo che poi decidono di andare via»: non ha dubbi il presidente dell'Ordine dei medici (Omceo) di Roma e Lazio, Antonio Magi.

Sono tanti quelli che scelgono di andare a lavorare all'estero?

«Dal primo gennaio a oggi come Ordine abbiamo ricevu-

to 103 richieste. Siamo già ai due terzi di quelle ricevute nel corso dell'intero anno scorso. E se continua questo trend, nel 2024 ci avvicineremo alle mille domande. Come dargli torto se altrove i medici guadagnano di più, lavorano in condizioni migliori e senza la "minaccia" dei risarcimenti penali?».

Quali potrebbero essere le soluzioni?

«Utilizzare chi è già al lavoro, aumentando le ore. Non servono nuovi concorsi e nuove assunzioni. In questo modo le liste d'attesa verrebbero abbattute di un terzo».

Dove prendere i soldi, in una Regione con i conti in rosso?

«Dai fondi dei finanziamenti collettivi nazionali. Ma, oltre a più medici, ci sarebbe ancora un'altra soluzione possibile per migliorare i tempi di attesa per visite ed esami».

Quale?

«Attivare le case di comuni-

tà, previste dal decreto ministeriale n.77 del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), che a oggi nel Lazio ancora non esistono».

Come potrebbero alleviare la pesante situazione delle liste d'attesa nella regione?

«Perché nelle case di comunità i medici di medicina generale prenderebbero in carico i malati cronici e ne gestirebbero i percorsi. In questo modo uscirebbero dalle liste d'attesa regionali 1,2 milioni di pazienti, tra cui per esempio i diabetici, che avrebbero un altro canale per tutte le visite e i controlli necessari. E in questo modo si decongestionerebbero anche i pronto soccorso».

Perché allora non vengono attivate?



«Perché questa è diventata una scelta politica, ma bisogna sbrigarsi perché vanno attivate, come stabilisce il Pnrr, entro il 2026».

Dal primo di gennaio, su richiesta del presidente Rocca, per abbattere le liste d'attesa, i privati convenzionati avrebbero dovuto mettere il 100% delle prestazioni nel Recup. Si vedono gli effetti?

«Al momento non c'è stata alcuna miglioria, ma è anche vero che il pregresso era talmente tanto che ci vorrà tempo per vedere i risultati. Lo stesso presidente della Regione ha detto che bisognerà attendere la fine dell'anno».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Un intervento in laparoscopia nell'ospedale Sant'Eugenio all'Eur



SANITA

Liste d'attesa più brevi Grazie ai privati abbattute del 30%

Mariani a pagina 19



RIVOLUZIONE SANITÀ

Immesse nel Sistema Recup un milione 200mila prestazioni erogate da 221 strutture accreditate

Liste d'attesa più brevi con i privati «virtuosi»

Tempi ridotti del 30% per prenotare gli esami. La Regione: i benefici già quest'anno

FRANCESCA MARIANI

••• Con le agende del Cup allargate a quelle delle strutture private convenzionate cominciano a restringersi i tempi d'attesa per gli appuntamenti ambulatoriali nel Lazio. Con riduzioni medie fino al 30% anche per un esame spesso da bollino rosso come la risonanza magnetica, che da anni risulta sovente inaccessibile da effettuare entro i tempi massimi previsti. Per aumentare l'offerta di visite ed esami e cercare di abbattere le liste d'attesa,

infatti, la Regione ha richiesto il caricamento delle agende delle strutture private convenzionate nella piattaforma Recup, che sta procedendo progressivamente all'allineamento dei sistemi informatici regionali e quelli dei singoli privati convenzionati. Con la conseguente immissione nel calendario degli appuntamenti regionali di oltre un milione e 200 mila prestazioni potenziali del privato convenzionato, che dal gennaio scorso sono prenotabili attraverso il sistema Recup. Il 26% del totale delle

prestazioni, infatti, è adesso erogato dal privato convenzionato con gli appuntamenti di 221 strutture accreditate entrate nella piattaforma regionale. Solo 27 strutture pri-



vate non hanno aderito, rifiutando la richiesta della Regione di mettere a disposizione le agende, e per questo motivo non è stato rinnovato l'accreditamento con il sistema sanitario regionale. «Abbiamo obbligato i privati a mettere le loro agende a disposizione del Recup - ha spiegato il presidente della Regione, Francesco Rocca - perché mancavano oltre quattro milioni delle prestazioni di diagnostica e specialistica ambulatoriale che la Regione pagava e non erano nel Recup, che lasciava al privato campo libero per potersi programmare queste prestazioni. Stiamo mettendo in campo tutte le energie e le risorse che abbiamo e abbiamo trovato per risolvere il problema delle liste

d'attesa per le visite mediche. Entro il 2024 si dovrebbero vedere i primi benefici», ha sottolineato Rocca, presentando il bilancio di un anno di governo qualche giorno fa. Manca ancora, infatti, l'immissione dei calendari delle prestazioni prenotabili nelle grandi strutture private convenzionate: per loro è necessario più tempo per completare l'integrazione con la piattaforma regionale. Nell'attesa, si comincia intanto ad invertire il trend: in questo primo trimestre sono aumentate le prenotazioni effettuate col centralino del Recup, che ha cominciato a fissare gli appuntamenti in tempi meno lunghi. Sono state 274.792 le chiamate: 100.112 quelle ricevute a gennaio, 96.494 a febbraio e

78.186 a marzo. Con tempi d'attesa più bassi rispetto allo scorso anno. Ad esempio, per la risonanza magnetica del cervello e del tronco encefalico con mezzo di contrasto si è passati da 1.175 risonanze dei primi tre mesi del 2023 a 2.192 nello stesso periodo del 2024, con un taglio dell'attesa del 36,5% (da 106,67 giorni a 70,12). Il tempo d'attesa si è ridotto del 36,11% per lo stesso esame senza mezzo di contrasto. Mentre il numero delle risonanze magnetiche della colonna senza contrasto è raddoppiato: da 4.194 (con un tempo medio d'attesa di 93 giorni nel 2023) a 8.882 nel 2024, con un'attesa di 57 giorni (-35,97%). E risultano più che raddoppiate le risonanze

magnetiche all'addome inferiore e scavo pelvico con contrasto (da 565 a 1.291) con un tempo d'attesa diminuito da 92,5 a 75 giorni (-17,38%). Anche perché nel Lazio è aumentata la richiesta di prestazioni del 20% dopo il periodo pandemico-Covid (da 11 milioni a 12 milioni e 200 mila).

Risultati

*Nei primo trimestre 2023
effettuate 1.175 risonanze
Tra gennaio e marzo 2024
sono già 2.192*



Esami rapidi
Risonanza magnetica e Tac sono le prestazioni che più si avvantaggeranno della riduzione dei tempi dell'attesa



La sanità del Lazio: una sfida che vale due miliardi l'anno

IL FOCUS

È un'economia da due miliardi di euro ogni anno: è la sanità privata del Lazio, una delle gambe del Sistema sanitario nazionale, senza la quale il servizio non riuscirebbe a stare in piedi per la grande quantità di richieste che vengono ogni giorno da parte degli oltre 4,9 milioni di cittadini-pazienti. Tac, risonanze magnetiche, analisi, ma anche ricoveri e interventi chirurgici: in sostanza, ce n'è per tutti i gusti. L'economia della sanità privata nel Lazio conta circa 20.000 addetti diretti e, secondo Aiop Lazio, la sede regionale dell'Associazione italiana ospedalità privata, conta interessa almeno 150.000 persone di indotto. «Ci muoviamo all'interno del Sistema sanitario pubblico e partecipiamo alle politiche di salute dei cittadini del Lazio, compresa la profonda attività legata alla prevenzione», ha detto Maurizio Pigozzi, direttore generale del Gruppo Sanigest, neoletto presidente di Aiop Lazio.

L'ASSEMBLEA

Nel corso dell'ultima assemblea regionale di Aiop Lazio sono stati eletti anche il vicepresidente vicario Luca Paganini, il vicepresidente con Delega al bilancio Alfredo Montecchiesi e il vicepresidente Massimo Forti. «Sono molto onorato di essere stato chiamato a presiedere per i prossimi 4 anni l'associazione che in 60 anni si è sempre distinta nella rappresentanza del nostro settore. Quest'oggi ho potuto constatare con grande soddisfazione la notevole partecipazione degli associati alla nostra assemblea - dice Pigozzi - Ci attende un impegno non indifferente, continueremo a collaborare con il presidente Rocca e la Regione Lazio per offrire un servizio sempre migliore agli utenti nella tutela del nostro settore». Per quanto riguarda la sezione ospedaliera, che comprende acuti, riabilitazione e lungodegenza, sono stati eletti come presidente Federico Guarnieri e la vicepresidente Ada Fontana; per ciò che

attiene la sezione sociosanitaria (che rappresenta le Rsa, la psichiatria e i centri ex art. 26), la carica di presidente è andata ad Alessandro Zanella, mentre come vicepresidente è stata eletta Claudia Di Giovanni.

Con il nuovo statuto di cui si è dotata l'Associazione e in essere da quest'anno, i neoletti rimarranno in carica per la durata di quattro anni, anziché tre. Parte dunque una nuova stagione di impegni e accordi presi per migliorare quella che rappresenta a tutti gli effetti la sanità privata convenzionata. Novità anche per Aiop giovani. «Proprio pochi giorni fa sono stati eletti il presidente Dario Montagna e la vicepresidente Valeria Giannotta, imprenditori sotto ai quarant'anni, e anche in questo caso l'elezione è avvenuta all'unanimità, cosa che mi rende complessivamente molto soddisfatto», ha concluso il direttore di Aiop Lazio, Mauro Casanatta.

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

INDIVIDUATO ANCHE IL VERTICE DELLA SEZIONE GIOVANI: È DARIO MONTAGNA NUMERO DUE VALERIA GIANNOTTA

IL NEOELETTO PRESIDENTE MAURIZIO PIGOZZI: «PROFONDA ATTIVITÀ PER LE POLITICHE DI PREVENZIONE»



DIAGNOSTICA E VISITE

Alle risonanze magnetiche (nella foto a sinistra), si aggiungono ecografie, tac, radiografie e poi tutte le visite specialistiche oltre ai ricoveri e agli interventi chirurgici. Le cliniche convenzionate del Lazio contribuiscono alla riduzione delle liste d'attesa del Servizio sanitario nazionale



Maurizio Pigozzi

