

26 febbraio 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



Pubblico e privato

Feb 23, 2024 | [Editoriali](#), [HOME](#) - Primo Piano

Anche padre Virginio Bebber, presidente dell' [Aris](#), l'associazione delle strutture sanitarie di ispirazione religiosa, lamenta la riduzione delle tariffe delle prestazioni ambulatoriali che, con l'annoso blocco dei budget, rischia di minare l'efficienza del settore

di Giovanni Monchiero*

La protesta segue quella dell'Aiop, il privato laico, che al tema aveva, nelle scorse settimane, dedicato anche un convegno.

Nel momento di massima crisi della capacità del Ssn di soddisfare la domanda di prestazioni sanitarie riconosciute dai Lea, penalizzare la componente privata convenzionata appare misura clamorosamente contraddittoria. Certo, ci sono conti da quadrare, ma la riduzione di tariffe ritenute poco remunerative non gioverà né al numero delle visite né alla loro accuratezza.

Senza entrare nei dettagli delle modifiche apportate al nomenclatore, **l'episodio evidenzia ancora una volta come i rapporti fra Servizio sanitario nazionale, aziende erogatrici, pubbliche e private, ed opinione pubblica sia viziato da incomprensioni di fondo, legate all'uso multiforme del termine "privato", aggettivo e sostantivo, sul piano lessicale contrapposto a "pubblico".**

Cominciamo col ricordare che l'aggettivo "privata" collegato al sostantivo "spesa" non sta ad indicare il finanziamento delle cliniche di proprietà di soggetti non pubblici, bensì quella quota di risorse, in costante crescita, che ogni cittadino trae di tasca propria per acquisire prestazioni assistenziali o sanitarie da strutture private come da aziende pubbliche. Il finanziamento della libera professione "intramoenia" dei dipendenti pubblici è tutto "spesa privata". Il vertiginoso aumento dei poliambulatori non convenzionati che offrono, a pagamento, visite specialistiche e diagnostica per immagini che nel settore pubblico è quasi impossibile ottenere in tempi accettabili, è, a sua volta, alimentato dalla "spesa privata".

Di "settore pubblico" (appena citato) si parla molto poco. Eppure, è noto a tutti che l'assistenza garantita dal Ssn è erogata da aziende sanitarie pubbliche e da cliniche private convenzionate. La presenza di queste ultime è considerata da molti una minaccia: **quante volte abbiamo sentito dire da politici, sindacalisti, medici e amici al bar che ogni euro dato ai "privati" è sottratto alla sanità pubblica?** Quasi un luogo comune.

Ad una lettura frettolosa l'affermazione sembra vera, ma ha il torto di confondere l'erogatore con la funzione. Il privato convenzionato dà al cittadino assistito le prestazioni previste dai Lea alle medesime condizioni (gratis o con eventuale ticket) di qualsiasi ospedale pubblico. Occorre ricordare a tutti – specie a chi come noi ne è irriducibile difensore – che **l'essenza del Ssn non sta nel gestire gli ospedali ma nel garantire ai cittadini l'effettivo esercizio del diritto alla tutela della salute.**

Corollario a margine, meritevole di attenzione. Il privato convenzionato non sguazza nell'oro. Sopravvive con tariffe che alle aziende ospedaliere pubbliche consentono di coprire due terzi dei costi, più o meno, e qualcuna non arriva alla metà. Per tutta una serie di ragioni, difficili da rimuovere, l'organizzazione degli enti pubblici coltiva sacche di inefficienza che variano, naturalmente, da regione a regione, da distretto a distretto, da ospedale ad ospedale, ma resistono ad ogni sforzo di cambiamento.

Non colpevolizzo nessuno. So quanto sia complessa la vita dei manager di Asl e Aso, stretti fra politica, sindacati, bilanci, norme superate, cattive abitudini. **Uno sguardo onesto, senza pregiudizi e senza sconti, al privato che collabora con noi può aiutarci a migliorare.**

A chi mi dicesse che ogni euro dato al Gemelli viene sottratto all'Umberto I°, mi verrebbe da rispondere: meno male! **Di quest'ultima cattiveria mi pento immediatamente.** Ma, come ogni forzatura, contiene una parte di verità.

Molto spesso, da questa rivista, si sono espressi timori per la sorte del nostro Servizio Sanitario. Più passa il tempo e più la situazione si aggrava. Non credo che la collaborazione con il privato basterà a salvarlo: occorrerebbe una radicale riforma.

Ma, intanto, una mano ce la dà. Ed è giusto riconoscerlo.

**Editorialista Panorama della Sanità*

La Provincia

25/02/2024

REDENTORE

«L'Opera Pia riparte dal nostro territorio»

Il presidente don Rasoli: «Premi e opportunità per i dipendenti»

■ «L'Opera Pia riparte... dal territorio!»: uno slogan che è diventato una missione per la Fondazione Redentore di Castelveverde. Il presidente, don Claudio Rasoli, spiega: «I nostri ospiti sono il nostro tesoro più prezioso. Vogliamo che la nostra Fondazione diventi sempre più una casa accogliente, dove anziani e disabili possano vivere la loro vita con serenità e gioia, sfruttando al meglio le loro potenzialità e talenti». L'Opera Pia riparte anche dai suoi dipendenti: «A loro va un grazie e sincero affettuoso – afferma don Rasoli – per i sacrifici che stanno facendo, per l'amore, la fedeltà e la dedizione che dimostrano verso la nostra Fondazione. Il CdA, consapevole che il contratto di lavoro attende un rinnovo da ben 12 anni, ha deliberato un premio di produttività aggiuntivo di 1.100 euro per il 2023 – una sorta di quattordicesima – erogata lo scorso gennaio oltre ad altre misure riguardanti la liquidazione mensile delle ore

straordinarie e l'aumento dei premi di rientro. Nel 2024, inoltre, tutte le Asa che hanno ottenuto la riqualifica in Oss possono chiedere la trasformazione con un aumento significativo di stipendio di 1.300 euro lordi annuali. Il recentissimo accordo ponte in attesa del rinnovo del contratto Aris vedrà un significativo incremento degli stipendi a partire da marzo 2024: il premio aggiuntivo per l'anno in corso è stato confermato ma sarà naturalmente ricalibrato in base ai nuovi aumenti contrattuali. Quel poco che abbiamo potuto fare, date le scarse risorse, lo abbiamo fatto consapevoli di dare ai nostri dipendenti non un di più, ma il giusto per il loro duro e delicato lavoro». Don Rasoli commenta la situazione economica e finanziaria: «La Fondazione si sta consolidando grazie a un'amministrazione oculata e coraggiosa. Dopo anni difficili, grazie all'operato del direttore generale, dottor Fabio Bertusi, adesso possiamo guar-

rire al futuro con grande fiducia e serenità». Anzitutto con l'obiettivo di portare avanti il piano di riqualificazione delle infrastrutture: «Abbiamo già iniziato in Casa San Giuseppe – sottolinea il presidente – con la sostituzione dell'impianto di raffrescamento ormai vetusto, l'installazione di un solare termico per la produzione di acqua calda, il rifacimento di due bagni al secondo, la riqualificazione di parte del giardino interno con l'installazione di orti verticali per i nostri ragazzi diversamente abili. Ma questo è solo l'inizio: i progetti, anche in Rsa, sono tanti, ma hanno bisogno dell'aiuto di tutti. La Fondazione si compone di 140 posti in Rsa, 60 in Rsd e 12 in Centro Diurno. Inoltre abbiamo un servizio di fisioterapia per esterni e servizi territoriali di assistenza come la Rsa aperta». Don Rasoli non dimentica di porre l'accento sulla «rinnovata collaborazione con le istituzioni e in particolare con l'amministrazione comunale di

Castelveverde» e con «le tante associazioni di volontariato che si spendono con straordinaria generosità a favore dei nostri ospiti: Auser, Avis, San Vincenzo, Unitali, Aido, Pro Loco e tante altre realtà del terzo settore che ci sono amiche, come l'associazione Siamo Noi di Cremona, che supporta tante uscite e iniziative di animazione».



Don Claudio Rasoli

BZ Rebel
Pay per you

la Repubblica

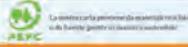
Fondatore *Eugenio Scalfari*



Direttore *Maurizio Molinari*

Guidi poco? Con noi, l'IRC Auto costa molto meno!

BZ Rebel
Pay per you



Lunedì 26 febbraio 2024

Oggi con *Affari&Finanza*

Prezzo di € 1,70

DOPO LE VIOLENZE DI PISA

In piazza contro i manganelli

Gli studenti davanti al Viminale per chiedere le dimissioni di Piantedosi. Mattarella si fa sentire anche con Meloni e Zagrebelsky: "Clima di repressione. E con il premierato sarà peggio. Necessario mobilitarsi per la libertà di manifestare"

La Sardegna ha votato: affluenza stabile, ma Todde può sperare

L'editoriale

Se la polizia si toglie i guanti

di **Ezio Mauro**

Una democrazia garantisce se stessa anche per lo spazio politico assicurato alle manifestazioni di protesta e di dissenso. E le polizie servono lo Stato se tutelano efficacemente l'ordine pubblico agendo entro i limiti e le proporzioni di una forza di sicurezza e non di repressione. Sembra incredibile dover richiamare questi concetti che stanno alla base di qualsiasi codice elementare di governo democratico nell'Europa occidentale, e sembra addirittura inconcepibile doverlo fare nel Paese che ha vissuto la vergogna del G8 di Genova, con i massacri della Diaz e di Bolzaneto. E invece siamo di nuovo qui, davanti a una violenza poliziesca di piazza contro ragazzi in gran parte minorenni. La misura della violenza di polizia è fortunatamente molto diversa e diverso è soprattutto il clima sociale del momento: ma stiamo comunque vivendo una violazione di quella regola democratica fondamentale a cui si era richiamato il Capo della polizia Gabrielli chiedendo scusa per Genova.

● a pagina 27



▲ Roma La manifestazione di ieri degli studenti contro le manganellate della polizia a Pisa

ROMA — Contro le manganellate gli studenti schierano striscioni della pace a Roma. Non c'è riscontro alle affermazioni di Piantedosi sulla difesa dei luoghi chiave e 4 agenti sono nel mirino. Zagrebelsky dice a *Repubblica*: "Necessaria la mobilitazione". L'affluenza in Sardegna è stabile: stamattina i risultati.

di **Bocci, De Cicco, Foschini, Giannoli, Mattered, Marceca Pucciarelli e Vecchio**
● da pagina 2 a pagina 7

Lo studio del Parlamento Ue

L'Europa più unita vale tremila miliardi da investire

dal nostro corrispondente **Claudio Tito** ● a pagina 13

Mappamondi

La destra Usa e il sogno proibito di un hub in Italia

dal nostro inviato **Paolo Mastroianni**

WASHINGTON — La Cpac corteggia l'Italia. La principale organizzazione politica dei conservatori americani, diventata il braccio operativo del trumpismo, vorrebbe tenere da noi una conferenza internazionale simile a quella che conduce in Ungheria, per saldare il movimento "Maga" con gli alleati europei.

● a pagina 17

In Transnistria prove di adesione alla Russia

di **Gianni Vernetti**
● a pagina 15

Sir Starmer leader labour suo malgrado



dal nostro corrispondente **Antonello Guerrera**
● a pagina 18



Rimadesio

Bologna



Slow wine, il segreto dei vignaioli etici

di **Carlo Petrini** ● a pagina 23
Con un servizio di **Bettazzi**

Rugby Sei Nazioni

Azzurri a un palo dalla Storia Pari con la Francia



di **Massimo Calandri**
● a pagina 35

Serie A



Inter inarrestabile La Juve resta a -9 Il Milan scivola a -13

di **Azzi, Condò, Currò, Gamba e Vanni** ● alle pagine 32, 33 e 34

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 50 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 63767510
mail: servizioclienti@corriere.it



La Juve soffre e vince
Inter travolgente
Il Milan rallenta
di Bocci, Dallera, Passerini
Tomaselli da pagina 38 a pagina 42



La tennista
L'ascesa di Paolini:
ispirata da Jannik
di Gaia Piccardi
a pagina 22



Gli accertamenti affidati ai carabinieri. Il ministro Lollobrigida: mai represso il dissenso, no a qualsiasi violenza

Cariche a Pisa, scatta l'inchiesta

Verifiche su 15 agenti, le carte ai pm. Salvini difende la polizia. Schlein: parli Meloni

DISSIPARE LE OMBRE

di Giovanni Bianconi

«Le iniziative e le decisioni adottate in sede locale nei servizi di ordine pubblico non sono determinate da scelte né da direttive politiche», ha assicurato il capo della polizia Vittorio Pisani dopo le cariche agli studenti e il richiamo del presidente della Repubblica. Parole che dobbiamo considerare come una garanzia, una promessa, un auspicio. Se infatti c'è un pericolo, nel clima teso che sta accompagnando le manifestazioni di piazza degli ultimi tempi, è che l'orientamento politico del governo possa, direttamente o indirettamente, condizionare la gestione dell'ordine pubblico; e anche la sola impressione che ciò avvenga, non può che peggiorare la situazione.

Il sospetto che l'uso del manganello derivi dalla voglia di assecondare questo o quel ministro, o da una sorta di «tolleranza percepita» verso certi eccessi, è un rischio che nessuno può permettersi. Perché invece è solo «una sconfitta», come ha ricordato Sergio Mattarella con parole che più chiare non potevano essere. E perché la polizia di Stato, come le forze dell'ordine nel loro insieme, è per l'appunto «di Stato», non dell'esecutivo di turno.

continua a pagina 28

di Rinaldo Frignani e Marco Galluzzo

L'ordine di caricare gli studenti qualcuno lo ha dato. E i poliziotti della squadra del reparto mobile di Pisa sono partiti, in due riprese. E alla seconda carica non si sono fermati ma hanno inseguito e manganelato i manifestanti. Ed è su questa squadra, una quindicina di divise, che si concentrano le attenzioni di chi indaga. Scontro politico sulle parole di Salvini. Schlein: «Cosa dice Meloni?»

alle pagine 2, 3 e 4

DATARO.COM Medici, dove mancano

di Milena Gabanelli Andrea Priante e Simona Ravizza

La mancanza di medici è senza dubbio la conseguenza di antichi errori. Ma oggi c'è anche chi rinuncia al posto. Negli ospedali minori ai concorsi non si presenta nessuno, in quelli più importanti invece c'è la fila di candidati. In Sicilia ne mancano ben 1.500. Cosa sta accadendo?

a pagina 20

DA POLITICI E ACCADEMICI Proposta bipartisan per il premierato

di Antonio Polito

Nel frastuono della battaglia politica, nella terra di mezzo tra i due eserciti che si sparano perennemente contro, si aggirano talvolta piccole pattuglie «bipartisan», o meglio «non partisan», che invece di chiedersi ogni volta «cui prodest», a chi giovi una riforma, provano a chiedersi se per caso giovi all'Italia.

continua alle pagine 6 e 7

Bologna Condannato ma libero e incurante del braccialetto elettronico



Isella Marzocchi, 52 anni, di Bologna, perseguitata da uno stalker che, pur condannato per le vessazioni, è sempre rimasto in libertà

«La mia vita da incubo inseguita da uno stalker»

di Andrea Pasqualetto

Lo spray urticante, da difesa, sempre in borsetta. E il poco lontano un aggeggio con il gps che suona se lui, lo stalker, si avvicina. «Vivo un incubo», racconta Isella, di Bologna. «L'hanno condannato ma è libero, sto pensando di cambiare città. Ogni volta che il gps suona ho paura».

a pagina 17

GIANNELLI



UNA FAVOLA

Regionali Oggi il governatore Voto in Sardegna Tiene l'affluenza per la sfida a 4

di Alberto Pinna e Cesare Zapperi

Regionali in Sardegna, tiene l'affluenza al voto rispetto alle elezioni del 2019. Ha votato il 52,4%. Lo spoglio inizierà questa mattina e poi ci sarà la proclamazione del nuovo presidente della Regione. Sono quattro i candidati in corsa. Non è previsto il ricorso al ballottaggio.

alle pagine 6 e 7

Ucraina «Nuovo piano anti-russi» Zelensky: i filo Putin sono troppi in Italia

di Lorenzo Cremonesi

«Sono ancora troppi, in Italia, quelli che sostengono Putin», ecco l'accusa del presidente ucraino Zelensky.

a pagina 9

Calabria Nel calice della messa Veleno al sacerdote che predica la legalità

di Carlo Macri

Calendeggia nel calice con il vino per la messa. Bersaglio dell'intimidazione è don Felice Palamara, parroco antimafia.

a pagina 16

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia Il cigno, l'infermiera e lo spazzino

«Ho finito di leggere Cio che inferno non è, ma nella mia vita ultimamente ho difficoltà a vedere, nell'inferno, ciò che inferno non è e questo è pericoloso per me, che sono mamma di tre figli. Non ho vissuto una vita ovattata, il contesto in cui sono cresciuta è equivalente al degrado del quartiere descritto nel libro, ma il sorriso e la speranza, che non mi sono mai mancati, ora invece, nelle brutture odierne, vacillano, facendomi pensare che forse non è stata la migliore delle idee mettere a questo mondo marcio i miei ancora ignari figli. Come ritrovare il coraggio e la "leggerezza attenta" di cercare il bello anche dove non sembra esserci?».

Questo messaggio ricevuto di recente



mi ha costretto a chiedermi se esiste un metodo per trovare gioia dove non sembra che ci sia, se ci sia ancora la possibilità di scorgere un cigno in mezzo alla polvere e all'immondizia della città, come racconta Charles Baudelaire in una delle sue poesie più belle. Siamo sicuri che questo mondo sia così marcio o più marcio di quello di prima? E se invece di aspettare l'apparizione del cigno fossimo noi a poterlo far apparire? Esiste un metodo per sperare anche nella disperazione amplificata da una comunicazione che, drogata dai click, predilige la sovraesposizione del marcio e crea un effetto depressivo? Provo a rispondere con due storie vere in cui mi sono imbattuto di recente.

continua a pagina 23

AMICI CUCCIOLOTTI LE FIGURINE CHE SALVANO GLI ANIMALI PIZZARDI EDITORE INSIEME A TE AIUTA Ente Nazionale Protezione Animali PER BAMBINI DA 0 A 100 ANNI IN SU!

40226 9 771120 939008



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 140-N° 52
Spese in A.P. 0,353/0,000 euro L. 46/2004 art.1 c) 03/09

NAZION

IL MERIDIA

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Lunedì 26 Febbraio 2024 • S. Nestore

Gelasia a corte
«Troppo bello»
E Re Carlo
fa trasferire
il suo scudiero
Sabadin a pag. 13



Contro Toro e Fiorentina
Il lunedì speciale
di Roma e Lazio
In ballo l'Europa
Nello Sport



America's Cup
Sirena, lo skipper
di Luna Rossa
«Possiamo battere
i neozelandesi»
Nello Sport



Il caso Navalny
La forza
del patriota
che va oltre
la sua morte

Alessandro Campi
Il corpo vivo del capo (dittatore o leader democratico nell'era della politica simbolica di massa, ormai quasi non fa più molta differenza) si esibisce e si mette in mostra, è oggetto di una cura maniacale, suscita ammirazione e venerazione, è un aggregatore di consenso, uno strumento di potenza, un costante veicolo di propaganda. Al posto delle parole e delle idee, un'immagine o icona continuamente e variamente riprodotte a fini di seduzione collettiva.

Il corpo morto del nemico del capo o del capo assoluto caduto in disgrazia perché vittima dei suoi stessi soprusi segue invece un altro destino. L'oblio forzato, la cancellazione della memoria, la condanna senza appello, la rimozione dalla scena pubblica. Può essere ultraggiato, fatto sparire o nascosto in un luogo segreto. Oppure gli viene concessa una tumulazione frettolosa e priva di cerimonie. Con l'idea di impedire l'omaggio dei seguaci sul luogo di sepoltura, si finisce per sottrarlo anche alla carità dei familiari. Se non se ne cancellano fisicamente le tracce, si cerca di offuscarne il ricordo e di svuotarne la memoria. Ma le cose, come mostra l'esperienza storica, in particolare quella drammatica e istruttiva del Novecento, non procedono sempre in modo così meccanico e scontato. Il corpo vivente del capo, anche il più vigoroso, inevitabilmente si logora, va incontro alla decadenza, s'indebolisce fisiologicamente.

Morirono 94 migranti
La strage di Cutro
un anno dopo:
si indaga ancora



Valentina Errante
Cutro, un anno fa la strage. E l'inchiesta sulle responsabilità non si ferma. A pag. 15
Palermo a pag. 15

Giustizia e Comuni, fondi sbloccati

► Nella bozza di decreto Pnrr le coperture per stabilizzare i precari dei tribunali e per le opere
► Gioco del Lotto, allo studio l'ipotesi di destinare i ricavi della concessione al taglio delle tasse

ROMA Giustizia, Comuni e Opere: si sbloccano i fondi Pnrr. Il piano oggi in Consiglio dei ministri. Bassi, Bisozzi e Franzese alle pag. 3 e 4

Gli studenti protestano davanti al Viminale

Manganellate a Pisa, video al setaccio
Piantadosi: responsabilità individuali

ROMA Cortesi, la linea di Piantadosi: responsabilità individuali. Il ministro degli Interni oggi incontrerà i sindacati. La proposta: più collaborazione sulle piazze. Intanto, via all'inchiesta della Procura: anche la Questura di Pisa ha depositato una sua informativa. Al setaccio il video che ritraggono le manganellate ai dimostranti. Gli studenti manifestano davanti al Viminale. Malfetano e Savelli alle pag. 6 e 7



Il piano Draghi

Chi pagherà il programma di rilancio Ue

Angelo De Mattia
Potrebbe essere la leva di Archimede per lo sviluppo dell'area il progetto per ora esposto solo nelle linee generali (...)
Continua a pag. 23

Pd e M5S, prove di campo largo. Oggi i risultati

In Sardegna, la sorpresa alle urne: l'affluenza tiene, test per le europee

ROMA Le elezioni in Sardegna come antipasto per saggiare le condizioni dei partiti e gli equilibri interni alle coalizioni. Per la politica italiana quello di ieri sull'isola (oggi gli scrutini a partire dalle 7) è stato solo il primo passo di un lungo viaggio che durerà tutto l'anno e proseguirà in altre quattro regioni per estendersi su 3.700 comuni al voto. L'affluenza tiene. F. Sorrentino a pag. 8

L'Italia del rugby sfiora l'impresa in Francia: 13-13 e palo nel finale



Capuozzo esulta per la meta del pareggio a Lilla, in ginocchio Penaud. Foto: F. FREYTTA - Ricci Bitti nello Sport

A un passo dall'Olimpo

Quei baby influencer pilotati dai genitori: «Pedofili in agguato»

► Dagli Usa all'Italia la "sessualizzazione" dei figli sui social per scopi commerciali

ROMA Bambini e bambine dai 10 anni in giù. Sorridono, cantano, si tuffano in acqua costantemente inquadrati da genitori che, intorno ai profili Instagram dei propri figli, hanno costruito un vero impero fatto di partnership e collaborazioni con brand noti. New York Times e Wall Street Journal lanciano l'allarme: sarebbero centinaia gli account di minori gestiti dai genitori che implementano una funzione di abbonamento "occulto" che permette di accedere ai contenuti esclusivi, principalmente immagini "provocanti" delle baby-modelle. D'Etторе a pag. 16

La crisi con Fedez

Ferragni smentisce il flirt con Trussardi
E lo fa arrabbiare

Claudia Guasco
Chiara Ferragni e le voci sul flirt con Tomaso Trussardi: «Fake news, nemmeno ci conosciamo». L'imprenditore si arrabbia: «Smentita offensiva». A pag. 16

CALMARE L'ANSIA LIEVE, PER SENTIRSI PIÙ LEGGERI.

LAILA
80mg capsule molli
olio essenziale di lavanda
14 CAPSULE MOLLI

Laila farmaco di origine vegetale, l'unico con formula Silexan® (olio essenziale di lavandula angustifolia Miller).

LAILA è un medicinale di origine vegetale a base di Olio Essenziale di Lavanda (Silexan®). Leggere attentamente il foglio illustrativo. Autorizzazione del 18/05/2023.

IL SEGNO DI LUCA
IL SAGITTARIO TROVA SOLUZIONI
La tua settimana inizia con i favori della Luna, che ti serve da musa e ispiratrice per affrontare e risolvere quasi magicamente delle questioni di lavoro nelle quali ti stavi come smarrendo. Approfitta di questo impulso, pieno di vitalità e risorse creative, che ti consente di rimetterti in movimento e favorisce anche le relazioni sociali. La giornata ha qualcosa di frizzante che ti consente di avventurarti e uscire dal conosciuto.
MANTRA DEL GIORNO
Per rilassarti aumenta la tensione.
L'oroscopo a pag. 23

* Tariffe per abbonamenti quotidiani (non accreditati separatamente): nella provincia di Mestre-Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero • Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20, la domenica in tutto il territorio € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero • Giornale dello Sport Stadio € 1,40; nel Molise, il Messaggero • Primo Piano; Molise € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero • Nuovi Quotidiani di Puglia • Corriere dello Sport Stadio € 1,50.

DATAROOM 

Medici, dove mancano

di **Milena Gabanelli**
Andrea Priante e **Simona Ravizza**

La mancanza di medici è senza dubbio la conseguenza di antichi errori. Ma oggi c'è anche chi rinuncia al posto. Negli ospedali minori ai concorsi non si presenta nessuno, in quelli più importanti invece c'è la fila di candidati. In Sicilia ne mancano ben 1.500. Cosa sta accadendo?

a pagina 20

DATAROOM



Corriere.it

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

Medici che mancano: chi rinuncia al posto

NEGLI OSPEDALI MINORI AI CONCORSI NON SI PRESENTA NESSUNO
IN QUELLI PIÙ IMPORTANTI QUASI SEMPRE C'È LA FILA DI CANDIDATI
IN SICILIA SERVONO QUASI 1.500 DOTTORI. COSA STA SUCCEDENDO?

di **Milena Gabanelli**, **Andrea Priante**
e **Simona Ravizza**

I problemi disastrosi che ci troviamo ad affrontare oggi per la mancanza di medici sono la conseguenza di errori del passato. Errori gravissimi, che abbiamo già denunciato: da un lato lo storico blocco del turnover (per 15 anni a fronte di 100 medici

andati in pensione, 10 non sono sostituiti); dall'altro il divario enorme fra il numero di dottori che lasciano il servizio sanitario nazionale per raggiunti limiti di età e il numero di nuovi entrati dalle Scuole di specializzazione (tra il 2015 e il 2022 il saldo negativo



è di 15.585). Entro il 2027 però i numeri fra uscite e ingressi sono destinati a tornare in equilibrio, visto che è partita la corsa per aumentare i contratti di formazione nelle Scuole di specialità. Peccato che non sia questa l'unica ragione per cui i concorsi vanno a vuoto negli ospedali che cercano medici. Come spesso accade i numeri tornano solo sulla carta, vediamo perché.

Concorsi e candidati

Per capire cosa si nasconde dietro le statistiche ufficiali abbiamo fatto una raccolta-dati a tappeto, chiedendo alle Regioni di individuare quali concorsi espletati non consentono la copertura dei posti per la carenza di aspiranti, soprattutto per alcune specialità critiche. Ecco i casi più eclatanti, relativi al 2022 e 2023, che ci è possibile raccontare grazie alla collaborazione di alcune Regioni e Asl, perché non tutte lo hanno fatto. Partiamo dai Pronto soccorso che più di tutti soffrono per la carenza di personale.

In Lombardia per 1 posto al Papa Giovanni XXIII di Bergamo e 1 agli Spedali Civili di Brescia, considerati entrambi tra i più importanti Pronto soccorso lombardi, si presentano rispettivamente in 30 e in 16; per 6 posti agli ospedali Fatebenefratelli e Sacco, centrali per Milano, sono arrivate 22 domande; per 4 posti al San Matteo di Pavia, altro punto di riferimento, 10 domande. Nessuna invece per i 10 posti a tempo indeterminato a Rho, hinterland milanese e per i 4 di Crema, piccolo Ps di provincia.

A Bologna dall'agosto 2021 al settembre 2022 vengono fatti 6 concorsi per trovare un medico di Pronto Soccorso per gli ospedali di Porretta Terme e di Vergato, sull'Appennino bolognese: il bando va deserto 3 volte, altre 3 si presentano 2-3 candidati che poi o non si fanno vedere al concorso, o quando lo fanno poi rifiutano l'incarico. Al concorso invece del maggio 2023 per 3 posti al Policlinico Sant'Orsola e per le Usl di Bologna e Imola si presentano subito in 20.

Le aspirazioni dei medici

Cosa ci dicono questi esempi? Che i medici di Pronto soccorso sono pochi con turni sempre massacranti, e giustamente scelgono gli ospedali più attrattivi, cioè preferiscono comprensibilmente lavorare dove c'è più casistica e quindi possono crescere professionalmente. Ma i numeri difficilmente aumenteranno visto che, come documentano i dati dell'Associazione liberi specializzandi di Massimo Minerva, il 74% dei posti 2023-2024 nelle Scuole di specialità per Medicina d'emergenza-urgenza è rimasto vuoto. I neolaureati in Medicina sono restii a fare specialità con turni massacranti, rischiose e che non si prestano a fare le visite private che portano lo stipendio a lievitare.

Il problema su larga scala

E anche in altre specialità i posti negli ospedali minori sono destinati a essere riempiti difficilmente, mentre per i posti più prestigiosi c'è la fila di candidati. Nelle Marche l'azienda sanitaria di Macerata conta tre ospedali (Camerino, San Severino, oltre a quello della stessa Macerata) nell'entroter-

ra, nella zona cosiddetta del «cratere sismico» (perché il rischio di terremoti è più elevato): al concorso per 2 posti di Anestesia e rianimazione si presenta un unico candidato, che poi non risultata neppure idoneo. Per la stessa specializzazione invece l'ospedale di Ancona (l'unico di 2° livello dell'intera regione) riceve 18 candidature per 4 posti. Quindi, pur di attirare personale sanitario nella «zona del cratere», a chi sceglie di risiedervi la Regione offre la casa e incentivi fino a 12mila euro l'anno.

Prendiamo l'Asl Toscana Centro: nel 2023 i ginecologi che rifiutano un'assunzione all'ospedale di Santa Maria Annunziata di Firenze sono 2; in quello di Empoli 16. Idem per la Pediatria: 6 le rinunce al Santa Maria Annunziata di Firenze, 31 a Empoli. Entrambe le attività mediche si prestano alla libera professione e probabilmente nella valutazione dei medici su dove lavorare conta anche questo. La difficoltà a trovare medici da assumere nell'ospedale dell'Isola d'Elba spinge la Regione a fare questa proposta: «Dopo 3 anni all'Isola d'Elba puoi scegliere in quale ospedale di Livorno, Lucca e Pisa lavorare; dopo 6 in quale di tutta la Toscana». E la busta paga viene aumentata di 5-10 mila euro l'anno.

Andata a vuoto la ricerca di ginecologi al Civile di Venezia in città storica nonostante l'azienda sanitaria per incentivare le assunzioni metta a disposizione appartamenti a prezzi calmierati. A gennaio 2024 i vuoti d'organico devono essere coperti con l'ingaggio di 6 specialisti in libera professione a 90 euro all'ora (quasi il doppio dei 52 euro all'ora di un assunto). L'ospedale Dell'Angelo di Mestre, sempre a Venezia ma in terraferma, riesce invece ad assumere subito i 4 ginecologi di cui ha bisogno. Poi c'è il caso Sud, in difficoltà cronica. Solo negli ospedali della Sicilia mancano 174 medici ad Agrigento, 154 a Caltanissetta, 159 a Catania, 116 a Enna, 169 a Messina, 210 a Palermo, 96 a Ragusa, 87 a Siracusa e 201 a Trapani. Complessivamente il fabbisogno è di 1.494.

Le soluzioni-tampone

Per coprire i vuoti d'organico soprattutto dopo il Covid vengono adottate misure-tampone. I gettonisti, innanzitutto: il loro ingresso in massa nei Pronto soccorso spesso non garantisce la qualità delle cure ai pazienti. Gli ospedali appaltano la copertura dei turni di solito la notte, nei fine settimana e nei festivi alle cooperative. Il guadagno è anche di 1.500 euro per 12 ore. Una norma approvata nel Decreto energia del 28 marzo 2023 stabilisce lo stop ai contratti con le co-



operative. Al momento, però, solo la Lombardia lo scorso dicembre si muove in tale direzione. È fondamentale che non resti l'unica in Italia.

Poi ci sono i medici stranieri, che passano dai 15.800 pre-pandemia ai 24.500 di oggi: il 40% è negli ospedali pubblici (fonte Amsi), ma non possono essere assunti a tempo indeterminato per vecchie interpretazioni legislative che permettono la partecipazione ai concorsi pubblici solo a chi ha la cittadinanza italiana. Le norme in vigore prevedono il loro ingaggio fino al 2025.

Infine ci sono gli specializzandi. Con la Finanziaria del 2018 viene data la possibilità di partecipare ai concorsi agli iscritti all'ultimo anno della Scuola di specializzazione; nel 2019 la possibilità viene estesa anche al penultimo anno, che poi nel 2020 diventa il terzo anno; e la legge 3 luglio 2023 n. 87 lo porta al secondo. L'assunzione a tempo determinato viene riconvertita a tempo indeterminato solo con l'acquisizione del titolo di specializzazione.

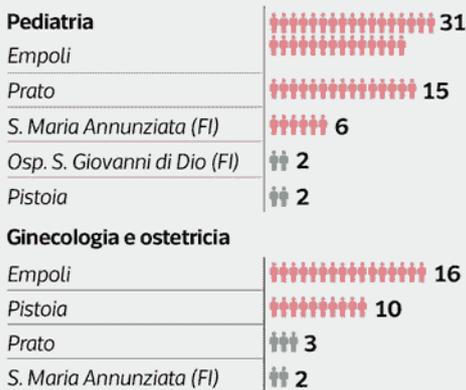
Insomma, tutte le contromisure adottate

fin qui per fare fronte alla carenza di medici hanno già espresso il massimo del loro potenziale. Quello che manca sono le soluzioni di politica sanitaria a lungo termine e che non mettano a rischio la qualità delle cure. Soluzioni che, è il caso di ribadire, non devono essere quelle di aumentare indiscriminatamente il numero di medici, ma trovare incentivi mirati per farli lavorare dove serve. E dove non serve bisogna avere il coraggio di riconvertire i piccoli ospedali in altri tipi di presidi sanitari.

Dataroom@corriere.it

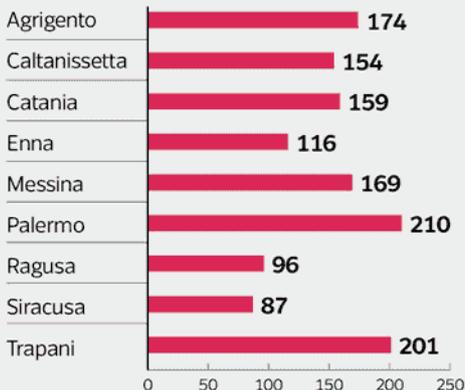
Toscana: numero di rinunce

(anno 2022/2023)



Fonte: Elaborazione Dataroom su dati Regione Toscana, assessorato alla Sanità

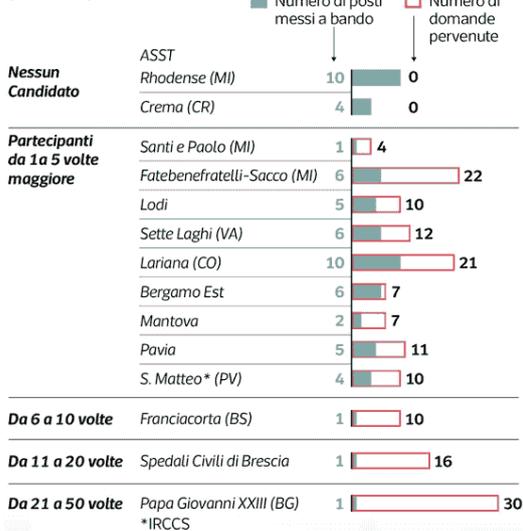
Sicilia: medici che mancano



Infografica: Sabina Castagnoviz

Lombardia: concorsi per medici di Pronto Soccorso

(anno 2023)



Fonte: Elaborazione Dataroom su dati forniti da Regione Lombardia, assessorato alla Sanità

Bologna: concorso per un medico di Medicina e Chirurgia d'Accettazione

Per l'Ospedale di Porretta Terme e l'Ospedale di Vergato

Contratto a tempo indeterminato	Atto di emissione	Domande	Esito
Concorso pubblico	23/08/2021	2	1 specializzata e 1 specializzanda che hanno rinunciato
Avviso pubblico	24/08/2021	0	avviso deserto
Mobilità volontaria	13/09/2021	0	avviso deserto
Concorso pubblico	28/12/2021	2	nessun candidato alla prova
Avviso pubblico	7/9/2022	0	avviso deserto
Concorso pubblico	7/9/2022	2	concorso deserto

Per il Policlinico Sant'Orsola e le Usl di Bologna e Imola

Concorso pubblico	Maggio 2023	3	20 candidati
-------------------	-------------	---	--------------

Fonte: Elaborazione Dataroom su dati Usl Bologna



Il caso sanità nella spesa del Pnrr «Noi in ritardo? Siamo nei tempi»

Rendicontato solo il 3,7%. I problemi con le Regioni e i dubbi sulla medicina territoriale

di **Federico Fubini**

Il Recovery Plan nasce a Bruxelles, nel pieno della pandemia, per tutelare la salute dei cittadini e aiutare i Paesi a riprendersi. Non è dunque il più piccolo dei paradossi che, tre anni e mezzo dopo, la spesa rendicontata del Piano nazionale di ripresa e resilienza per la sanità sia di appena 590 milioni su un budget totale di 15,6 miliardi di euro: ufficialmente solo il 3,7% del denaro disponibile si è tradotto in realizzazioni, mentre restano meno di tre anni per assorbire il restante 96,3%. Intanto la sanità pubblica dà segnali di scollamento su tempi degli esami, chirurgia e pronto soccorso, non solo al Sud.

L'ultima relazione sull'attuazione del Pnrr accende

dunque un faro su tendenze che, a prima vista, sembrano allarmanti. Di certo il ministero della Salute non è a fondo classifica: il ministero del Lavoro ha rendicontato appena lo 0,8% della sua dotazione nel Pnrr, quello del Turismo il 2,8% e quello della Cultura il 3,4%. Ma un'occhiata al dettaglio dei progetti mostra che per la sanità i fronti aperti sono numerosi. Per lo sviluppo delle competenze del personale sono stati ufficialmente spesi zero dei 182 milioni di euro disponibili. Per la ricerca biomedica solo due milioni su 524; per la telemedicina appena 58 milioni in un budget di 1,5 miliardi; per le tecnologie di raccolta e analisi dei dati – il futuro del settore – appena 89 milioni su 1,4 miliardi. Anche la sanità territoriale, uno dei punti forti del Pnrr, sembra segnare il passo: per gli ospedali di comunità c'è un miliardo, ma sono stati spesi 27 milioni; per la case di

comunità – centri di prima accoglienza e incontro con i medici di base – 75 milioni su due miliardi; per la telemedicina, altra potenziale svolta, appena 58 milioni su 1,5 miliardi. E così per altre tecnologie e altri piani di assistenza di prossimità. Anche i piani del ministero degli Affari sociali di assistenza domestica per decongestionare gli ospedali hanno speso ufficialmente zero euro.

Di certo molto tempo si è perso nei difficili patti preliminari fra regioni e governo, date le competenze condivise. Ma dall'unità di missione per il Pnrr al ministero della Salute si osserva che i ritardi sono più apparenti che reali: «I progetti sono in linea con le scadenze e il sistema di registrazione della spesa non mostra il loro reale stato di avanzamento – si nota –. Quest'anno si vedrà una netta accelerazione». L'oncologo Francesco Cognetti, coordinatore del Fo-

rum delle società scientifiche dei clinici, vede però un problema: «Il piano di medicina territoriale è quasi irrealizzabile per l'assenza di personale – dice –. Manca di modelli di organizzazione e di un accordo con i medici di medicina generale». © RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bilancio

● A metà percorso la spesa rendicontata del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) nel nostro Paese ha raggiunto quota 456 miliardi di euro su 191,49 totali da investire entro i prossimi due anni e mezzo

● Di questi, 24,48 miliardi sono stati spesi nel 2021 e 2022. Mentre l'anno scorso sono stati spesi 21,17 miliardi di euro



Al governo

I ministri
Giancarlo
Giorgetti
(Economia
e Finanze)
e Raffaele Fitto
(Affari europei,
Politiche
di coesione
e Pnrr)



*L'analisi*L'emergenza
dimenticata
della Sanitàdi **Tito Boeri e Roberto Perotti**

● a pagina 30

Pnrr

La Sanità dimenticata

di **Tito Boeri e Roberto Perotti**

La spesa per la sanità è aumentata o diminuita con il nuovo governo? La risposta dipende dalla definizione esatta: in termini assoluti o come quota del Pil? In termini nominali o reali, cioè depurati dell'effetto dell'inflazione? A consuntivo o prevista? Il messaggio di fondo è comunque chiaro: la spesa sanitaria è cambiata di poco, in più o in meno a seconda delle definizioni.

Eppure da anni, da prima della pandemia, si parla della necessità di ingenti aumenti della spesa sanitaria.

Circolano le stime più svariate, che arrivano facilmente ai 50 miliardi, in alcuni casi ancora di più, spesso ottenute spannometricamente confrontando la spesa italiana con quella di Paesi più ricchi di noi.

Sostenere seriamente che l'Italia deve spendere 70 o anche solo 40 miliardi in più sulla sanità non è però costruttivo: stiamo parlando di spese correnti, cioè da sostenere ogni anno, non *una tantum*. Se si tiene presente la difficoltà di questo e di qualsiasi governo nel reperire uno o due miliardi in più, ci si rende conto di quanto sia irrealistica la proposta.

Ma una cosa è chiara: tutti o quasi concordano che la sanità è in crisi, e che rappresenta un'urgenza (e forse l'urgenza principale) del Paese. Lo confermano anche i sondaggi di opinione.

Secondo l'Istituto

Demopolis, gli investimenti in sanità dovrebbero essere una priorità del governo per il 67 per cento degli italiani, seconda solo alla lotta all'inflazione con l'80 per cento.

Nonostante questo accordo quasi unanime tra destra e sinistra, e tra esperti e



cittadini, siamo quasi fermi al palo (e non solo con questo governo). Questo è tanto più sorprendente perché con il Pnrr abbiamo appena ricevuto 69 miliardi di sovvenzioni dall'Europa e 123 miliardi in prestiti agevolati, più 30 miliardi stanziati dal Fondo complementare.

Essendo questo conferimento di risorse maturato all'indomani della pandemia, era lecito aspettarsi che avremmo usato queste ingenti risorse almeno per avviare la soluzione definitiva del problema numero uno del Paese. Dopotutto fin dai tempi della discussione sul Mes nel 2019 e 2020, molti avevano proposto (e alcuni tuttora propongono) di usare per la sanità i 36 miliardi che potevamo prendere a prestito. Eppure il Pnrr ci ha messo a disposizione sei volte i fondi del Mes, dei quali un terzo addirittura regalati dall'Europa.

Il Pnrr non ignora completamente la sanità: secondo l'Ufficio parlamentare di Bilancio, prevede di spendere su nuovi progetti circa 13 miliardi, forse alla fine saranno qualche miliardo in più, comunque meno di quanto spenderà per una iniziativa sciocca e inutile come il Superbonus. La metà di questi investimenti ricade sulla medicina di prossimità, l'altra metà su apparecchiature diagnostiche e digitalizzazione degli ospedali. Tutte iniziative lodevoli, anche se sulla medicina di prossimità incombe l'incognita delle spese di funzionamento: non sono incluse nel Pnrr e dovranno essere a carico delle Regioni, che dicono di non avere i soldi.

Ma tutti concordano che, seppure utili e necessari, questi fondi non risolvono i problemi della sanità (ammesso ovviamente che si riesca a spenderli). Sono in gran parte spese in conto capitale, cioè che aumentano la dotazione di edifici e macchinari, ma come abbiamo visto non ne pagano le spese annuali di funzionamento, né affrontano il problema della carenza di personale sanitario nelle strutture esistenti e della sua remunerazione. Un problema centrale, come riconosciuto dal governo che nel Milleproroghe ha previsto di richiamare i medici con più di 70 anni di età (con modeste probabilità di riuscire nell'intento dati i paletti inseriti nella norma).

I governi che hanno progettato il Pnrr risponderanno che erano vincolati dalle regole europee, che limitano il Pnrr

quasi solo a spese in conto capitale, e stabiliscono percentuali minime abbastanza rigide per aree di intervento: per esempio, 20 per cento in digitalizzazione, 37 per cento per la *green economy*, etc.

Vero. Ma i criteri del Pnrr non sono scolpiti nella pietra, sono il frutto di un processo negoziale. Ai tempi della progettazione del Pnrr l'Italia avrebbe dovuto dire: "abbiamo già il secondo debito pubblico d'Europa, volete farci prendere a prestito altri soldi, lo facciamo solo se possiamo usarli per risolvere le vere priorità del Paese (e non ci sarebbe nemmeno bisogno di dirlo). Le etichette di

contabilità nazionale (spesa capitale o corrente) non contano niente: ciò che conta è se una spesa è utile o no per la collettività".

E avevamo la forza negoziale per farlo, perché l'Italia è di gran lunga il cliente più importante dei fondi Next Generation Eu che alimentano il Pnrr. È l'unico Paese (oltre a Grecia e Romania, cui si è aggiunta dopo due anni la Spagna) ad aver preso a prestito il massimo consentito. Francia e Germania non hanno preso a prestito niente, e hanno ricevuto 37 e 28 miliardi (tutti a fondo perduto) contro i 193 dell'Italia. Semplicemente, senza l'Italia il Next Generation Eu sarebbe stato un fallimento. Naturalmente non è colpa solo di Bruxelles: i governi che hanno ideato e approvato il Pnrr ci hanno messo del loro, destinandolo in parte a rivoli di spese inutili o comunque nemmeno lontanamente prioritarie quanto la sanità. È davvero paradossale che, dopo aver ricevuto l'enorme somma di 193 miliardi dall'Europa, più 30 miliardi del Fondo complementare, ci ritroviamo a parlare della crisi della sanità come se quasi niente fosse avvenuto. E invece di avvicinarsi la soluzione si allontana, perché nel frattempo ci siamo accollati altri 123 miliardi di debito.

La spesa sanitaria è cambiata di poco. Eppure da anni si parla della necessità di ingenti aumenti



L'intervista

Il ministro Schillaci:
stupisce l'addio di Palù
dall'Aifa

di **Michele Bocci**
● a pagina 11

L'intervista

Schillaci "Sorpreso dall'addio di Palù all'Aifa Più compiti a infermieri e specializzandi"

di **Michele Bocci**

Nelle stanze del ministero alla Salute si vivono giorni complessi, con una riforma organizzativa che moltiplica i ruoli scatenando gli appetiti di tanti che desiderano posti di vertice e soprattutto con l'Aifa che ha appena perso il suo presidente Giorgio Palù, uscito in polemica. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci non si aspettava l'addio, era ormai rassegnato a convivere con Palù un altro anno. Del resto, spiega Schillaci, il microbiologo padovano di 75 anni aveva più volte manifestato di volere l'incarico. Ma conosceva le regole e doveva sapere che più di 12 mesi di contratto non poteva ottenerli.

Ministro, secondo lei perché Palù non ha detto subito no all'incarico di un anno e se ne è andato 10 giorni dopo la nomina?

«Onestamente sono trasecolato alla notizia. In questo anno lo ho incontrato spesso, anche se non nell'ultimo mese. Era il presidente, ha collaborato a ridisegnare l'agenzia. Non so come mai ha lasciato, ci teneva all'incarico. Comunque, rispetto il volere di tutti».

Palù ha citato il presidente

dell'Istituto superiore di sanità, Bellantone. L'ha accusata di avergli concesso un contratto più lungo anche se pure lui è pensionato.

«Si tratta di due enti organizzati in modo completamente diverso. La riforma dell'Aifa, voluta anche da Palù, dà al presidente più funzioni. Oltre alla rappresentanza legale ha anche una responsabilità gestionale. Per questo da pensionato non poteva restare più di un anno».

Adesso cosa succede? Ha un nome per il nuovo presidente?

«Di nomi oggi non ne ho, ero convinto che Palù sarebbe rimasto un anno. Questi giorni li prendo per riflettere e trovare una persona che voglia misurarsi con un'agenzia strategica, non solo per la sanità».

La riforma ha richiesto un anno e Aifa non è ancora in grado di lavorare al meglio. Anche la composizione della Commissione tecnico economica è stata criticata.

«Purtroppo, ci sono state delle lungaggini. L'Aifa è importantissima, tanto più adesso che l'innovazione tecnologica e farmaceutica cambia il mondo. La Commissione si metterà

subito a lavorare e si potrà integrare con altri esperti».

Continua la crisi di organico degli infermieri. Arriveranno i professionisti dall'India dei quali si parla da tempo?

«L'arrivo dei professionisti indiani è un argomento portato all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni. In Italia gli infermieri sono il vero problema per quanto riguarda le carenze di personale. Siamo tra gli ultimi in Europa per il loro numero rispetto agli abitanti, nell'immediato è indispensabile far giungere personale dall'estero».

E in prospettiva?

«È importante che la professione torni ad essere appetibile. Ed è anche necessario modificare il percorso formativo. Adesso tutti gli infermieri hanno la laurea triennale e a volte anche la specialistica biennale. Bisognerebbe dare loro delle



mansioni in più rispetto a quelle svolte oggi. Chi ha studiato cinque anni deve avere mansioni all'altezza dei sacrifici che ha fatto».

E per formare i dottori è giusto il numero chiuso a Medicina?

«Lì il problema è diverso perché mancano in misura minore rispetto agli infermieri. Ci saranno però grandi difficoltà nei prossimi tre o quattro anni, a causa della gobba pensionistica. Ecco, se in passato ci fosse stato un maggiore accesso a Medicina, oggi avremmo avuto meno carenze. Comunque, i posti per medicina all'Università sono destinati a crescere. Ma mi fa riflettere che il pubblico non trova professionisti e le cooperative sì».

E come si affronteranno i prossimi tre o quattro anni?

«La situazione è complessa ma abbiamo tanti specializzandi. Sarà importante il loro supporto nel

futuro prossimo, per far fronte alle carenze. Dobbiamo far entrare questi giovani nel pubblico, cosa che magari, grazie alle soddisfazioni che dà il lavoro nel sistema sanitario nazionale, li fidelizza e poi li farà restare anche da specializzati. Soprattutto le carenze riguardano certe discipline, un problema diffuso in Europa e negli Usa».

Perché alcune specialità non attraggono?

«I giovani vanno verso le specializzazioni che permettono di avere un lavoro più indipendente, un'attività professionale propria. Un po' dispiace. Se guardiamo alle 10-11 specialità meno scelte, oltre all'emergenza urgenza, ce ne sono alcune come l'anatomia patologica, la radioterapia, la chirurgia che sono fondamentali per gli ospedali. La situazione è preoccupante. Bisogna intervenire durante il corso di laurea

e far capire a chi sceglie di fare il medico che il profitto economico non può essere l'unica leva».

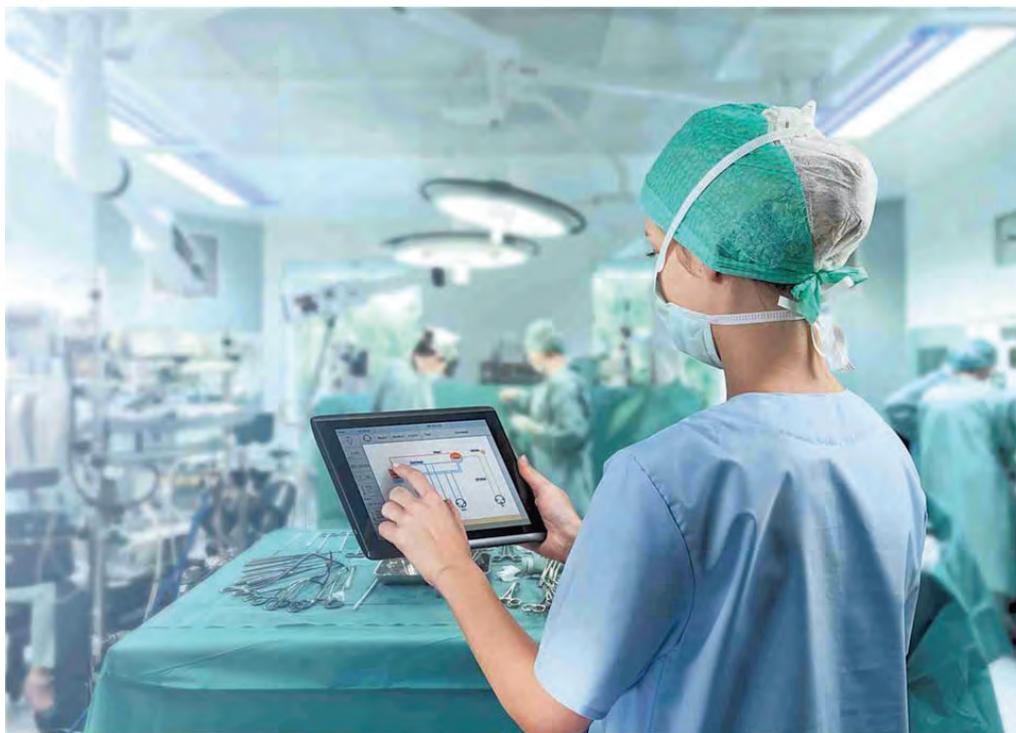
L'Autonomia differenziata rischia di aumentare le differenze di qualità dell'assistenza tra Regioni?

«La sanità è già regionalizzata e i Livelli essenziali di assistenza non sono applicati in modo uniforme. L'Autonomia deve rispettare la Costituzione, anche sull'importanza della salute. Può diventare un volano per far migliorare chi fino ad oggi non ha raggiunto gli obiettivi. Il ministero avrà un ruolo di guida, accompagnamento e stimolo per le Regioni, perché non si lasci indietro nessuno. In Italia non ci dovranno essere cittadini di serie A e B».

Il ministro della Salute interviene dopo le polemiche dimissioni dall'Agenzia italiana del Farmaco

— “ —
Anche lui ha ridisegnato l'Agenzia Sapeva che l'incarico non poteva durare più di un anno

— “ —
Tanti medici stanno per andare in pensione e per questo vogliamo puntare sui giovani



THIERRY DOSOGNE/GETTY IMAGES

▲ **Emergenza medici**

Per Schillaci bisogna intervenire durante il corso di laurea e far capire che il profitto economico non può essere l'unica leva



▲ **Orazio Schillaci**
Ministro della Salute, classe 1966, è stato il Rettore dell'Ateneo di Tor Vergata a Roma



LUCA BIANCHI

«VI SPIEGO PERCHÉ
LA RIFORMA
DEVE FAR PAURA»

III



Il direttore della Svimez, Luca Bianchi: «Il rischio è quello di un secondo tempo, in cui, dopo una frammentazione delle competenze, le Regioni ricompongano gli interessi del Nord attraverso accordi tra loro»

«AUTONOMIA, PERCHÉ FA PAURA»

di Emanuele Imperiali

Nei giorni scorsi il presidente Svimez, Adriano Giannola, ha paventato il rischio di un disegno perverso dietro l'autonomia differenziata, tendente a costruire un Grande Nord, frutto di alleanze tra produttori e amministratori pubblici. Che ne pensa il direttore di Svimez Luca Bianchi, di questo suggestivo scenario post autonomia? «Il rischio è quello di un secondo tempo, in cui, dopo una frammentazione delle competenze, le Regioni ricompongano gli interessi del Nord attraverso accordi tra loro, tornando al vecchio modello degli anni '90 della Macroregione del Nord. Pregiudicando la stessa idea di unità nazionale. Una prospettiva terrificante, che potrebbe celare il ritorno di un disegno padano. Anche perché l'attuale esito di quest'autonomia differenziata è un boomerang per lo stesso Nord in termini di indebolimento della capacità competitiva. Sia il progressivo raffreddamento dell'interesse delle industrie del Nord, sia ora, dopo gli ultimi sondaggi, l'indebolimento dell'adesione al progetto di autonomia anche dei cittadini, confermano che stiamo an-

dando verso un modello che altro non è se non una bandiera politica per la sopravvivenza di alcuni schieramenti».

Bastano, a suo parere, i nuovi Livelli Essenziali delle Prestazioni da definire ancora per garantire diritti di cittadinanza uguali per tutti i cittadini indipendentemente da dove vivono? E ci sono le risorse per finanziare i Lep?

«La definizione dei Lep prevista dalla Legge di Bilancio, a risorse invariate, non è risolutiva per garantire livelli di servizio adeguati e omogenei a livello territoriale. L'esperienza della sanità lo dimostra. Il finanziamento del Sistema Sanitario Nazionale non è la somma del costo dei Livelli Essenziali di Assistenza, ma è determinato a monte nella programmazione del bilancio pubbli-



co, e ripartito tra le Regioni sulla base della dimensione della popolazione e della quota di anziani. Un metodo che, come la Svimez ha ribadito, non tiene conto dei fattori socioeconomici che impattano sui fabbisogni di cura e assistenza, e finisce per penalizzare i cittadini delle regioni meridionali, che soffrono di minori servizi di cura per quantità e qualità».

Recentemente avete presentato un report su "Un paese, due cure", da cui emerge con chiarezza che l'autonomia differenziata aggrava le disuguaglianze.

«La scelta di molti cittadini del Mezzogiorno di ricevere assistenza nelle strutture sanitarie del Centro e del Nord, soprattutto per curare le patologie più gravi, è la inevitabile conseguenza di una realtà dove i divari Nord-Sud nella qualità dei Sistemi Sanitari Regionali, sono sotto gli occhi di tutti».

Perché, a suo parere, c'è tanta contrarietà all'autonomia differenziata

nel Mezzogiorno?

«Questo modello di autonomia, assolutamente anomalo nel panorama europeo, perché parliamo di un'autonomia differenziata in un Paese centralista, produrrà una frammentazione dell'Italia e non solo cristallizzerà le disuguaglianze già presenti tra Nord e Sud ma indebolirà complessivamente la capacità competitiva del Paese, frammentando la gran parte delle politiche pubbliche e danneggiando anche il Nord».

Direttore, secondo lei ci sono settori strategici che sarebbe meglio continuare a governare dal centro? E, se sì, quali?

«Sì, sia per ragioni di competitività economica che di tenuta sociale, in particolare istruzione e sanità, rispetto ai quali il rischio è proprio quello dell'ampliamento dei divari già presenti nell'offerta dei servizi, cosa che non paventa solo la Svimez ma da ultimo sulla sanità anche la Banca d'Italia».

C'è chi sostiene che questa legge metterebbe addirittura a rischio la competitività dell'Azienda Italia, che ne pensa?

«Tra tanti temi, si interverrebbe in settori come le grandi infrastrutture, l'energia e alcune regole relative al mercato del lavoro, che finirebbero per creare difficoltà alle imprese che sarebbero costrette a districarsi tra le diverse norme delle differenti regioni».

Ma se ci sono Regioni del Nord, come Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, che sono in grado di correre più di altre, segnatamente quelle meridionali, utilizzando al meglio le loro risorse, perché non dovrebbe essere consentito loro di sfruttare quest'opportunità?

«È fuorviante ridurre l'intero ragionamento alle sole risorse. Peraltro, nella fase acuta della pandemia, e anche dopo lo scoppio della guerra tra Russia e Ucraina, ci siamo tutti resi conto che servono politiche coordinate a livello nazionale. Non discuto che trattenere risorse sui singoli territori forse potrebbe garantire qualche servizio in più, ma finirebbe per sottrarle al resto del Paese, ampliando le disuguaglianze. Proprio mentre stiamo dando attuazione al Pnrr che tra i suoi obiettivi di fondo mette la coesione territoriale».

C'è un punto sul quale non è mai stata fatta sufficiente chiarezza, il federalismo fiscale in Italia esiste da anni ma finora è rimasto sempre sulla carta. Secondo lei per quale motivo?

«Io ritengo che con l'autonomia differenziata si blocchi il percorso di attuazione del federalismo, un processo simmetrico che andrebbe a vantaggio di tutti i territori. L'autonomia differenziata è sostanzialmente il modello delle Regioni a statuto speciale, esperienza che conosciamo bene e che comporta costi molto più elevati e variazioni di servizi molto ampia, basti pensare a Trentino-Alto Adige e Sicilia agli anti-



podì tra loro. Si tratta di un modello alternativo al federalismo fiscale, che in-

vece è una attuazione ordinata di questo processo, con paletti precisi come l'indicazione dei Livelli essenziali di prestazione e un Fondo di Perequazione».

Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna sono convinte che l'autonomia differenziata sia una riforma in evidente ritardo, che si sarebbe potuta realizzare ben prima se non ci fosse stata la netta opposizione del Sud. Hanno torto?

«Le pre-intese firmate dalle tre Regio-

ni del Nord col Governo Gentiloni avevano un chiaro obiettivo: trattenere più risorse e utilizzare l'autonomia per legare il finanziamento dei servizi pubblici al gettito maturato nei territori».

A suo parere l'autonomia differenziata non favorirebbe un uso più responsabile delle risorse pubbliche?

«No, poiché si prevede di finanziare le funzioni decentrate non già con la tassazione locale, ma con compartecipazioni al gettito nazionale Irpef o Iva, con un'aliquota costante fissata nel primo anno dell'intesa. Ciò farà dipendere l'effettiva disponibilità di risorse

della Regione con autonomia rafforzata dall'andamento nel proprio territorio del tributo compartecipato. Negli anni successivi alla stipula dell'intesa, questo meccanismo può determinare un extra-finanziamento svincolato da meccanismi di responsabilizzazione ed efficientamento della spesa. Come Simez stimiamo che, se fossero state approvate le pre-intese del 2018, si sarebbe generato un surplus a favore delle tre Regioni compreso tra 6 e 9 miliardi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«La definizione dei Lep prevista dalla Legge di Bilancio, a risorse invariate, non è risolutiva per garantire uguali servizi»

«Con la riforma si blocca il percorso di attuazione del federalismo, un processo a vantaggio di tutti i territori»



Nel pubblico impiego spazio al lavoro agile per fragili e caregiver

La direttiva

Il diritto del lavoratore deve coniugarsi con la certezza di assicurare il servizio

Consuelo Ziggiotto

Nella pubblica amministrazione la partita del diritto al lavoro agile dei fragili si è conclusa il 31 dicembre scorso. A fischiarne la fine è stata la mancata proroga della disposizione contenuta nella Legge di Bilancio del 2023 che prevedeva il dovere di garantire lo smart working integrale ai lavoratori fragili, fermo restando l'obbligo di sottoscrizione dell'accordo individuale che risale nel pubblico impiego all'ottobre del 2021. Ciò che preoccupava era l'ostacolo della prevalenza del lavoro reso in presenza su quello a distanza, principio che fa da cintura al modello organizzativo nel pubblico impiego. Il timore era quello di non riuscire più a garantire ai lavoratori fragili la protezione che deriva da un lavoro a distanza integrale.

A rassicurare l'incedere dei dirigenti responsabili è arrivata la direttiva sul lavoro agile di fine anno a firma del ministro Zangrillo che ha aperto le porte allo smart working integrale ai lavoratori che documentano gravi, urgenti e non altrimenti conciliabili situazioni di salute, per-

sonali e familiari. Il superamento della contingenza pandemica, dichiarata conclusa dall'Organizzazione mondiale della sanità in data 5 maggio 2023, la disciplina contrattuale collettiva consolidata e la padronanza da parte delle amministrazioni dello strumento del lavoro agile come volano di flessibilità orientato alla produttività e alle esigenze dei lavoratori, si legge nella Direttiva, consente di garantire la protezione dei lavoratori in particolari condizioni di salute.

Il diritto del lavoratore fragile sfuma quindi nel dovere dei dirigenti di adoperarsi nell'adottare le misure organizzative necessarie a garantire questa protezione senza che possa essere ignorato tuttavia, l'impatto che questa quantità di lavoro agile ha sulla continuità e qualità dei servizi pubblici resi. Il tema diventa proprio questo: bilanciare un'apertura che assume la forma di un dovere di salvaguardia dei fragili e dei loro familiari con il dovere di preservare e garantire la continuità e la qualità del servizio pubblico prodotto. Il dovere dei dirigenti rimane quello di adope-

rarsi nell'adozione delle misure organizzative necessarie che vadano in questo senso, attraverso specifiche previsioni nell'ambito degli accordi individuali. Il limite della prevalenza della prestazione in presenza è superabile anche nelle ipotesi in cui siano i familiari a trovarsi in situazioni di rischio per la salute, ipotesi non contemplata fino a fine anno scorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I RISULTATI DELLA RICERCA IPSOS

Le aspettative degli italiani su sanità e prevenzione

Pronto soccorso, assistenza in ospedale e un'attenzione particolare per la prevenzione. Stando a quanto riporta una ricerca di Ipsos dal titolo "Priorità e aspettative degli italiani per un nuovo Sistema Sanitario Nazionale", presentata nel corso del convegno "Inventing for Life", per gli italiani queste sono le tre tematiche che più interessano in sanità. Nel giro di due anni è aumentata dal 52% al 69% la quota di italiani che indicano queste come priorità assolute per la politica.

Le incognite sull'Intelligenza Artificiale hanno forse contribuito a raffreddare gli entusiasmi per la trasformazione digitale, che viene comunque ritenuta utile dal 68% degli italiani.

«Le razionalizzazioni che investono la Sanità pubblica, amplificate dalle notizie di cronaca sulla pressione cui sono sottoposti gli operatori sanitari, rinforzano l'urgenza di azione attesa sui servizi e l'assistenza ospedaliera, soprattutto di primo soccorso – è il commento del presidente

di Ipsos Nando Pagnoncelli - La digitalizzazione della Sanità sta generando sentimenti conflittuali nell'opinione pubblica. Il timore della perdita dell'indispensabile contatto umano, si compensa con l'attesa di efficientamento nei processi e di progressi nella precisione e rapidità delle diagnosi». —

FE. ME.



Un ospedale ligure



23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Liste d'attesa, le soluzioni possibili guardando al costo-beneficio ed educando (anche) il cittadino

di Davide Croce *

Nonostante i differenti modelli di finanziamento e di organizzazione dei Servizi sanitari adottati nel mondo, le liste di attesa rappresentano un elemento di imbarazzante comunanza, come certificato dall'Oecd ("Waiting Times for Health Services: Next in Line", May 2020), colpendo soprattutto le fasce deboli della popolazione, ovvero i cittadini a basso reddito, scolarità, residenza in luoghi a bassa assistenza o disabilità/fragilità specifiche. Il problema acquista particolare rilevanza in Paesi, come il nostro, in cui le risorse individuali e la spesa personale sanitaria sono eterogenee. Si osservi che su 40,26 miliardi di euro nel 2022 monitorati attraverso la Tessera Sanitaria dal Mef questa varia tra i 931,39 € in Lombardia ai 38,64 € in Calabria.

Nel nostro Paese vi sono stati numerosi interventi a livello centrale e a livello regionale, tra i tanti ricordiamo le misure del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla) ed i fondi vincolati alla diminuzione delle liste di attesa, con alterni risultati. La percezione del cittadino è 1) di scarsa rappresentatività delle dichiarazioni ufficiali sulle prestazioni monitorate e 2) che la pressione causata da una popolazione in progressivo invecchiamento sulle richieste di prestazioni specialistiche provoca un continuo allungamento dell'intervallo tra richiesta ed erogazione. Con l'allargamento alla sanità integrativa per la ricerca di prestazioni sanitarie erogate in tempi rapidi (circa 5 miliardi nel 2022).

Gli interventi possibili. Al fine di gestire un fenomeno altamente complesso per l'incontro domanda-offerta, si rende necessario intervenire con strumenti analitici secondo un rapporto di costo-beneficio e la letteratura suggerisce due differenti approcci:

- metodi per l'allineamento domanda-offerta, quali la collaborazione pubblico privato, appropriatezza prescrittiva, espansione delle prestazioni con fondi ad hoc, ecc.;
- strumenti per l'ottimizzazione dell'efficacia operativa quali metodologie lean e pratiche di operations management, investimenti in tecnologie.

Lungi dal voler indicare strumenti operativi che dipendono dalle condizioni locali rispetto all'allineamento quantitativo ed all'efficacia operativa, essenziale diventa capire "dove" agire, in che termini e in che misura, anche con suggerimenti secondo il modello del Mystery Patient. Un semplice approccio metodologico riguarda l'analisi delle performance rispetto ai tempi massimi previsti per la classe di prestazione e la scelta di intervenire non a pioggia ma sulle criticità riscontrate. Anche la storia analitica del fenomeno dei pazienti che non si presentano (e.g. specialità clinica, distanza della



residenza dal punto di erogazione), oppure i rapporti tra personale mediche e prestazioni erogate per specialità possono costituire base di analisi per il miglioramento delle prestazioni.

Un concetto che invece si sta diffondendo sul territorio italiano e che permette di gestire, almeno in parte, il problema è quello di gestione con “lista attiva”, come implementato da Asst Lodi (Gioia, 2023). La metodologia prevede che, per le prenotazioni oltre la soglia massima prevista dalla classe indicata dal prescrittore, le prestazioni vengano inserite in una “lista attiva”, e dopo 2/3 giorni vengano individuate prestazioni ad hoc per quei pacchetti oltre soglia. L’organizzazione può così identificare i pazienti da ricontattare e garantire un accesso congruo e in linea alla regolazione con agende aggiuntive o inserimento in spazi liberati da cancellazioni successivamente intervenute. La lista d’attesa diventa quindi dinamica e perde quella staticità tipica della prenotazione one shot.

Interventi possibili:

- evitare il fenomeno delle duplicazioni di prenotazioni;
- automazione delle proposte di appuntamento per distanza;
- gestione del fenomeno dei pazienti no-show in modo da ridurre le assenze degli appuntamenti e massimizzare l’utilizzo degli slot disponibili;
- implementazione di PDT anche con blocchi informatici, con ascolto continuo degli specialisti clinici;
- incarichi specifici aziendali con personale competente e costruzione di una rete regionale di tale personale, con formazione e confronto continuo tra specialisti.

Responsabilizzare i cittadini. Parallelamente agli sforzi e alle iniziative del Ssn, è necessario confrontarsi con il fenomeno sempre più diffuso del “consumismo sanitario”, il quale va affrontato con una forte responsabilizzazione del cittadino in un’ottica del “consumo ciò che mi serve” evitando l’uso eccessivo o inappropriato dei servizi medici.

La gestione delle liste di attesa richiede, dunque, un approccio olistico che coinvolge una molteplicità di attori: si accettano suggerimenti e messe in comuni di buone pratiche per il miglioramento del servizio al cittadino.

** Centro di Ricerca in Economia e Management in Sanità e nel Sociale (Crems)*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Università: Bernini firma il decreto per le prove di ammissione a medicina, odontoiatria e veterinaria

Due sessioni – maggio e luglio prossimi – con possibilità per i candidati di partecipare ad entrambe. Svolgimento in presenza ed erogazione della prova in formato cartaceo, composta da sessanta domande, estratte da un'apposita banca dati pubblica composta da almeno 7.000 quesiti. Procedura di iscrizione alle prove e successiva fase di inserimento in graduatoria nazionale esclusivamente in modalità on line.

Sono questi i contenuti più rilevanti del decreto ministeriale che definisce le modalità e i contenuti delle prove di ammissione ai corsi laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria e Medicina veterinaria per l'anno accademico 2024/2025, firmato oggi dal ministro dell'Università e della ricerca, Anna Maria Bernini.

“Oggi ho firmato il decreto che definisce le modalità e i contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea in Medicina e chirurgia, Odontoiatria e Veterinaria - scrive Bernini su X - . Per l'anno accademico 2024/25 ci sarà un test 'ponte' che ci porti verso una riforma strutturale, che produca effetti positivi e duraturi nel tempo. Cancelliamo le storture del Tolc Med e Tolc Vet. Il nuovo meccanismo di ingresso sarà molto più trasparente ed equo. Mettiamo a disposizione delle studentesse e degli studenti una banca dati aperta e pubblica grazie alla quale tutti avranno le stesse opportunità per prepararsi. Ma è solo una tappa intermedia. Stiamo già lavorando per fare in modo che dall'anno accademico 2025/26 si superi definitivamente il meccanismo dei test, introducendo un sistema basato su esami caratterizzanti. Il nostro obiettivo è aprire l'ingresso a Medicina in maniera sostenibile per continuare a garantire l'eccellente qualità della formazione delle nostre Università”.

Alle prossime prove di ammissione potranno partecipare i candidati iscritti all'ultimo anno delle scuole secondarie di secondo grado italiane o in possesso di diploma rilasciato in Italia da un istituto di istruzione secondaria di secondo grado. La presentazione della richiesta e, successivamente, la domanda di inserimento in graduatoria avverranno esclusivamente in modalità on line, attraverso il portale University (www.university.it). L'iscrizione sarà attiva dal giorno 3 aprile 2024 al giorno 17 aprile 2024, ore 15.00 (GMT+2) e sarà perfezionata a seguito del pagamento del contributo per la partecipazione alla prova, secondo le procedure indicate dall'università in cui il candidato sostiene la prova.

Le prove di ammissione per i corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina e chirurgia e in Odontoiatria e protesi dentaria erogati in lingua italiana si svolgeranno martedì 28 maggio 2024 e martedì 30 luglio 2024. Quelle per i corsi di laurea magistrale a ciclo unico in Medicina veterinaria, invece, mercoledì 29 maggio 2024 e mercoledì 31



luglio 2024. Per ciascuna sessione la somministrazione delle prove di ammissione sarà effettuata in presenza, presso la sede scelta dal candidato, e in formato cartaceo. I candidati potranno partecipare ad entrambe le date per ciascuna sessione.

I quesiti saranno estratti da un'apposita banca dati, recante anche la risposta esatta. La banca dati, complessivamente composta da almeno 7.000 quesiti, sarà pubblicata sul sito internet: <https://accessoprogrammato.mur.gov.it/2024/>. La pubblicazione avverrà per metà (almeno 3.500 quesiti) almeno venti giorni prima delle date di svolgimento delle prove fissate nel mese di maggio 2024. Per l'altra metà (almeno 3.500 quesiti) almeno venti giorni prima delle date di svolgimento delle prove fissate nel mese di luglio 2024.

Le prove di ammissione, per il cui svolgimento sarà assegnato un tempo di 100 minuti, consisteranno nella soluzione di 60 quesiti che presenteranno 5 opzioni di risposta, tra cui il candidato deve individuare una soltanto, su argomenti riguardanti le competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi, ragionamento logico e problemi, biologia, chimica, fisica e matematica.

Nello specifico, per la laurea magistrale a ciclo unico in medicina e chirurgia e in odontoiatria e protesi dentaria verranno predisposti 4 quesiti di competenze di lettura e conoscenze acquisite negli studi; 5 di ragionamento logico e problemi; 23 di biologia (19 per la prova di ammissione ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina veterinaria); 15 di chimica (19 per la prova di ammissione ai corsi di laurea magistrale a ciclo unico in medicina veterinaria); 13 di fisica e matematica.

I candidati risulteranno idonei all'ammissione ai corsi di laurea qualora abbiano ottenuto, nella rispettiva prova, un punteggio minimo pari a 20 punti. Per la valutazione delle prove saranno attribuiti al massimo 90 punti, tenendo conto dei seguenti criteri: 1,5 punti per ogni risposta esatta; meno 0,4 punti per ogni risposta errata; 0 punti per ogni risposta omessa. Ai fini dell'inserimento in graduatoria i candidati potranno utilizzare il migliore dei risultati conseguiti a seguito della partecipazione alle prove di ammissione previste per ciascuna sessione. I posti per le immatricolazioni ai corsi di laurea e di laurea magistrale a ciclo unico saranno ripartiti tra le università con successivi decreti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Previdenza/ Enpam, come funziona il nuovo contributo del 4% per i medici specialisti

L'Enpam, la Cassa previdenziale dei medici e degli odontoiatri, annovera fra i propri iscritti anche i medici specialisti così detti esterni, cioè coloro che svolgono la professione in convenzione con il servizio sanitario, distinguendoli da quelli definiti interni che prestano la loro attività presso le strutture ambulatoriali. In passato la specialistica esterna individuale era piuttosto presente ma con il tempo questo tipo di attività si è ridotta

determinando, di fatto, anche una crisi al Fondo previdenziale di appartenenza. Crisi che è stata supplita dalle altre Casse dello stesso Enpam, ma che sarebbe stato difficile sostenere nel tempo.

Poiché questi stessi sanitari, in gran parte, hanno iniziato a svolgere il loro operato di specialisti presso ambulatori di proprietà di società accreditate con il servizio sanitario, dal 2004 alle strutture sanitarie private accreditate con il Ssn è stato fatto obbligo di versare il 2 per cento del loro fatturato in convenzione con il Ssn al Fondo di previdenza specialisti esterni dell'Enpam.

Per legge, quindi, le strutture accreditate devono pagare all'Enpam un contributo calcolato in percentuale sul fatturato prodotto nei confronti del Servizio sanitario nazionale. Questo 2% viene poi accreditato sulle posizioni contributive dei professionisti (non dipendenti) che, con il loro lavoro, concretamente hanno permesso alle strutture di generare questo fatturato. I medici e gli odontoiatri si ritrovano poi queste somme nell'estratto conto contributivo Enpam (gestione Specialisti esterni).

Dall'inizio del 2023 l'Enpam, ponendosi l'obiettivo di riequilibrare integralmente i bilanci del Fondo degli specialisti esterni ed anche mirando a dare pensioni più adeguate a questi professionisti, ha previsto di aggiungere al 2% un ulteriore contributo del 4% a carico dei diretti interessati. I medici e gli odontoiatri non dipendenti che lavorano per strutture accreditate con il Ssn (cliniche private, poliambulatori, centri diagnostici, ecc) da quest'anno avrebbero dovuto versare un contributo a loro carico, che si somma al 2% che i datori di lavoro già versavano per loro. La delibera n. 64/2022 dell'Ente, richiama esplicitamente i principi della l. 243/2004 e ripropone così tutti i problemi sorti in passato a seguito dell'entrata in vigore del contributo del 2% già in favore del Fondo degli specialisti esterni dell'Enpam. Infatti le spiegazioni date dall'Ente di voler far maturare una pensione più alta, e il fatto, poi di permettere ai medici e agli odontoiatri in questione di pagare la Quota B da reddito libero-professionale dimezzata, non ha sedato le proteste dei sanitari. Al momento di dichiarare il proprio reddito libero-professionale (Modello D, scadenza 31 luglio), i medici e gli odontoiatri che lavorano per strutture accreditate con il Ssn potranno scegliere l'aliquota ridotta del 9,75% invece di quella intera del 19,50% proprio perché contribuiscono già a un'altra gestione di previdenza obbligatoria, ma questo riguarderebbe un modesto numero di interessati



essendo i più già pensionati !

Il Consiglio d'amministrazione dell'Enpam ha valutato di rivedere le forme e gli importi del contributo aggiuntivo del 4%.

Il Consiglio di amministrazione dell'Enpam ha risolto favorevolmente la questione degli specialisti esterni mettendo un tetto ai loro contributi previdenziali. E ha deliberato in merito, considerando che in alcune situazioni particolari oppure nel caso di medici sottopagati sia emerso il problema che il 4% calcolato su quanto la struttura fattura al Ssn possa rappresentare un importo troppo elevato rispetto al compenso che la struttura stessa riconosce al medico. Per cui ha quindi deciso che il singolo professionista potrà chiedere di limitare il pagamento di questo 4% in modo che l'importo non superi un decimo del compenso ricevuto dalla struttura (oppure un ventesimo del compenso nel caso di pensionati).

Ad esempio, qualora la struttura fatturi e sia rimborsata dal Ssn per un milione di euro per prestazioni radiologiche al netto dell'abbattimento del 40% come previsto per questa specialità, il sanitario prestatore d'opera avrebbe dovuto versare 40.000 euro. Troppo a fronte di un eventuale suo compenso previsto dalla struttura di 100.000 euro. In questo caso il sanitario potrà chiedere di versare un decimo del compenso (10.000 euro) ovvero un ventesimo del compenso cioè 5.000 euro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Covid/ Vaia, con -27,7% contagi e bassa occupazione ospedali il virus non preoccupa

Nella settimana 15-21 febbraio si registrano 1.607 nuovi contagi da Covid-19 con una variazione di -27,7% rispetto alla settimana precedente (2.223), rilevati con 146.842 tamponi (+8,3%) e per un tasso di positività pari a 1,1% (-0,5%). I decessi sono 52 deceduti. Lo comunica il ministero della Salute nel suo bollettino settimanale sull'infezione da Sars-CoV-2. Il tasso di occupazione in area medica al 21 febbraio è pari al 2,1% (1.311 ricoverati) rispetto al 2,4% (1.486 ricoverati) del 14 febbraio. Il tasso di occupazione in terapia intensiva alla stessa data è a 0,6% (51 ricoverati) dallo 0,8% (67 ricoverati) sempre del giorno 14 di questo mese. «I dati di questa settimana confermano che l'andamento del Covid non desta preoccupazione. Continuiamo a lavorare mettendo in atto tutte le misure di prevenzione necessarie a garantire la tutela della salute pubblica», commenta il direttore generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute, Francesco Vaia.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

RespiVirNet: continua il calo dell'incidenza delle sindromi simil-influenzali

Nella settima settimana del 2024 diminuisce ancora l'incidenza delle sindromi simil-influenzali che si colloca nella fascia di bassa entità con un valore pari a 6,7 casi per mille assistiti (8,1 nella settimana precedente, dato aggiornato rispetto a quello diffuso la scorsa settimana a seguito dei ritardi di notifica). Scende anche la proporzione dei campioni positivi ad influenza sul totale dei campioni analizzati (7,6% vs 10,8%). Lo affermano i bollettini della sorveglianza RespiVirNet pubblicati oggi.



Ecco i dati principali:

Sorveglianza epidemiologica

- L'incidenza è in diminuzione in tutte le fasce di età anche se maggiormente nei bambini sotto i cinque anni di età in cui si osserva un livello di incidenza di 20,9 casi per mille assistiti (25,5 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 Basilicata che torna al livello di base. Sicilia e Sardegna le Regioni con più alta incidenza

Sorveglianza virologica

- Tra i virus influenzali, quelli di tipo A risultano largamente prevalenti (97%) rispetto ai virus di tipo B e appartengono per la maggior parte al sottotipo H1N1pdm09.
- Tra i campioni risultati positivi il 21% è positivo per SARS-CoV-2, il 17% per RSV, il 39% per influenza A, l'8% per Rhinovirus mentre i rimanenti sono risultati positivi per altri virus respiratori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Morti sul lavoro, le responsabilità di ministro e Regioni. Non serve la repressione ma occorrono personale qualificato, prevenzione e formazione

di Franco Ascolese * e Cosimo Di Marco **

La tragedia di Firenze, ma anche di Afragola (dove un operaio 35enne è precipitato da un ponteggio in un edificio in ristrutturazione di via San Marco, lasciando la compagna e un figlio di tre anni), e ancora quella di Pratola Serra dove un operaio è morto schiacciato da un macchinario sono tragedie che non possiamo più tollerare. Ferite sociali laceranti per centinaia di famiglie di lavoratori. L'Ordine e la Commissione d'Albo (CdA) dei Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro Tsrp-Prsp di Napoli-Avellino-Benevento-Caserta

sentono il dovere di esprimere innanzitutto solidarietà e cordoglio ai familiari delle vittime, persone che nell'esercizio di un loro diritto costituzionalmente riconosciuto, ogni giorno non fanno ritorno alle loro case. Affinché stragi come queste non si ripetano si ribadisce un impegno fattivo per il ruolo e la posizione di garanzia istituzionale che l'Ordine, in qualità di Organo sussidiario dello Stato, svolge a tutela della salute della collettività. Va sottolineato che spesso le istituzioni di governo rispondono in modo semplicistico alla carenza di ispettorato con nuove ed immediate modifiche legislative tendenti solo all'inasprimento delle pene e all'aumento delle sanzioni in termini numerici e non qualitativi. Un'improvvisazione che produce sistematicamente disastri legislativi come ad esempio il dualismo di competenze creato tra le Asl e l'Inl (Ispettorato nazionale del Lavoro) prevedendo per quest'ultimi un'assunzione di 1.500 unità in tutt'Italia. Una selezione aperta indistintamente anche a professioni e classi di laurea senza alcuna competenza in materia privi di una formazione di base attinente alle discipline in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro né muniti di apposita iscrizione ad un albo professionale, costringendo l'Ente Inl a dover sopperire con mesi di formazione obbligatoria, sicuramente non paragonabili ad un corso di laurea.

Il blocco delle assunzioni nelle Asl (in Campania ferme da decenni a causa del Piano di rientro sebbene la Regione sia in pareggio di bilancio per la Sanità dal 2013 e in altre regioni il blocco delle assunzioni trovi altre cause) negli anni ha creato una voragine territoriale con differenti sistemi di protezione e controlli, a scapito sempre dei lavoratori col perenne ed assordante silenzio da parte del ministero della Salute. Eppure gli infortuni e le malattie professionali sono una esclusiva questione di governo della salute. Alcuni nodi sono del tutto trascurati: serve infatti dotare tutti gli organici dei servizi di vigilanza preposti (Asl, Inl, Comando Carabinieri per la tutela del lavoro, etc.),



di personale Tpoll (Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro), quale unica figura professionale riconosciuta "ope legis" dall'ordinamento universitario e giuridico vigente, dotata in concreto di competenze in materia di prevenzione, igiene e sicurezza dei lavoratori e che in quanto tale agisce in un contesto sanitario analizzando procedure organizzative di filiere produttive dal punto di vista tecnico, organizzativo e sanitario. Tecnici che con i dipartimenti di prevenzione delle Asl non si limitano ad accertare reati già consumati, bensì a promuovere buone pratiche e comportamenti virtuosi di lavoratori e imprese tesi a scongiurare a monte fatti di cronaca dagli esiti mortali mediante l'instillazione della cultura della prevenzione e sicurezza nelle realtà imprenditoriali con le quali si interagisce. Serve poi adeguare il personale al numero di aziende da controllare.

Attualmente in Italia ci sono 4.540.634 milioni di aziende attive (fonte Istat 2021) a fronte di appena 3.500 Tecnici della prevenzione che si occupano di vigilanza in materia di sicurezza. Nella regione Campania vi sono 367.475 aziende attive (di cui solo a Napoli vi sono 191.044), 1,6 milioni di occupati, a fronte di soli 93 Tecnici della prevenzione. Organici abbondantemente sottodimensionati, il cui incremento dovrebbe seguire il benchmarking dell'Unione europea che raccomanda un ispettore ogni diecimila lavoratori, ovvero 160 Tecnici della Prevenzione per la Campania (attualmente in Campania è di 1 ogni 17mila occupati ed in alcune Regioni, ne abbiamo addirittura uno ogni 39mila). Poi i controlli e la vigilanza che l'Ordine delle professioni sanitarie chiede di orientare non a una prospettiva meramente repressiva bensì in direzione preventiva così come auspicato da anni dalle evidenze degli studi scientifici, e dalle politiche internazionali europee.

La necessità è pertanto di migliorare la prevenzione degli infortuni sul lavoro e delle malattie professionali per essere in linea con l'approccio "zero vittime" (Vision Zero - Obiettivi della Commissione UE per il 2021-2027). Dobbiamo avere il coraggio di affermare e portare alla conoscenza di tutti che le sanzioni e le ispezioni generalizzate non producono alcun effetto sul medio e lungo termine sulla riduzione degli infortuni o delle malattie professionali. L'efficienza delle ispezioni negli ambienti di lavoro non può essere legata al loro numero, ma deve essere valutata anche in base al modo in cui migliora le conoscenze dei soggetti interessati e influisce sulle trasformazioni dell'atteggiamento e dell'organizzazione delle imprese in favore del miglioramento dell'ambiente di lavoro e quindi necessita ribadire con forza che le prime responsabilità sono del ministero della Salute, e in successione delle Regioni che hanno dimenticato il principio cardine della Prevenzione.

** Presidente Ordine Tsrp di Napoli, Av Bn e Ce*

*** Presidente della Cda dei Tecnici della prevenzione Ordine Tsrp di Na, Av, Bn, Ce*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LO STATO DEI DIRITTI

Vita, morte e amore se lo Stato è assente

DONATELLA STASIO

Suicidio assistito di malati irreversibili, affettività dei detenuti, figli di coppie omogenitoriali. La vita, la morte, l'amore. Qual è il filo rosso che attraversa queste tre diverse proiezioni dell'essere umano? In tutte e

tre sono in gioco diritti fondamentali. La politica finora se n'è tenuta alla larga, incapace di trovare le parole giuste per riconoscerli e tutelarli, superando ideologismi e contrapposizioni frontali. Fino al negazionismo del governo Meloni. Che però deve fare i conti con la Corte costituzionale, con la forza e i limiti del suo potere, che a quei diritti ha dato corpo: una sentenza della Corte ha la stessa forza di una legge. -PAGINA 17



L'INTERVENTO

Donatella Stasio

Sulla vita, la morte e l'amore chi ci governa ignora la Consulta

Suicidio assistito, affettività in carcere, figli di coppie gay: Meloni si mostra inerte o negazionista. L'esecutivo è prigioniero della propria intolleranza verso le minoranze. E sui diritti il Parlamento latita

DONATELLASTASIO

Suicidio assistito di malati irreversibili, affettività dei detenuti, figli di coppie omogenitoriali. La vita, la morte, l'amore. Qual è il filo rosso che attraversa queste tre diverse proiezioni dell'essere umano? In tutte e tre sono in gioco diritti fondamentali. La



politica finora se n'è tenuta alla larga, incapace di trovare le parole giuste per riconoscerli e tutelarli, superando ideologismi e contrapposizioni frontali. Fino al nega-

zionismo del governo Meloni. Che però deve fare i conti con la Corte costituzionale, con la forza e i limiti del suo potere, che a quei diritti ha dato corpo: una sentenza della Corte ha la stessa forza di una legge, quanto agli effetti generali che produce; e una volta riconosciuti, a quei diritti corrisponde un preciso obbligo dello Stato (nelle sue diverse articolazioni) di tutelarli in maniera effettiva, con lealtà, senza ostruzionismi o finti alibi, e possibilmente con un'ampiezza maggiore. La Corte non può infatti oltrepassare il confine che la separa dal Parlamento, ed è questo il limite del suo potere; ma nello spazio in cui viene esercitato, quel potere è in grado di cambiare, e ha cambiato mille volte, la vita,

la morte e l'amore di tutti noi. Eppure, eccoci a doverlo ricordare e a pretendere l'attuazione dei nostri diritti di fronte a un governo tanto zelante nel ricorrere ai decreti legge sulla pelle degli ultimi e ai manganelli per zittire il dissenso delle minoranze quanto inerte nel rispettare le sentenze della Consulta sui diritti fondamentali, fino



a negarne l'esistenza con una narrazione ideologicamente manipolativa.

Lo scontro tra verità e controverità, la polarizzazione e radicalizzazione della politica su alcuni temi, come quelli eticamente sensibili o frutto di pregiudizi ideologici, è ormai un virus letale nelle democrazie. Di fronte al blocco del Parlamento, intervengono le alte Corti, accusate di adottare sentenze "creative" di nuovi diritti, incompatibili con l'interpretazione "originalista" della Costituzione (cioè strettamente letterale), benché superata nelle democrazie non ancora diventate autocrazie come l'Ungheria di Orban. Anche il governo israeliano di Netanyahu, prima della guerra, stava spingendo in questa direzione la Corte suprema, che è un modello nel mondo proprio per la sua coraggiosa giurisprudenza a tutela dei diritti formatasi grazie all'interpretazione "evolutiva" delle leggi fondamentali, aperta anche al diritto internazionale. Insomma, il contrario dell'interpretazione "originalista" e della concezione, anch'essa obsoleta ma rivendicata dalle destre, del giudice "bocca della legge".

Ecco allora perché quando si parla di vita, di morte e di amore il governo Meloni rimuove le decisioni della nostra Corte. E con esse, i nostri diritti. Vorrebbe che non se ne parlasse. Parliamone, invece. Sono trascorsi cinque anni dalla sentenza sul suicidio assistito, la 242 del 2019, ritagliata sul caso di DJ Fabo ma con effetti generali. Eppure molti pazienti nelle sue stesse condizioni (affetti da una patologia irreversibile fonte di sofferenze fisiche o psichiche, tenuti in vita da macchinari ma capaci di decidere liberamente)

non possono esercitare il diritto riconosciuto loro dalla Corte, oppure, se hanno i soldi, vanno a morire in Svizzera. Alcune Regioni, come l'Emilia Romagna, sono ora disponibili a regolamentare con legge la procedura per rendere effettivo sul territorio, in tempi ragionevoli, il suicidio assistito, sia pure entro il perimetro della sentenza della Corte. Non è che la doverosa attuazione di quella sentenza che, come già detto, vale quanto una legge. Dunque: per tutti i DJ Fabo intenzionati a lasciare una vita non più vita. Si chiama leale collaborazione istituzionale: la Regione non leghifera per riconoscere un diritto già riconosciuto dalla Corte ma per garantire tempi certi entro cui rendere effettivo quel diritto. Di fronte a una disciplina statale integrata dalla Consulta, l'attuazione regionale non scalfisce affatto la competenza dello Stato in materia sanitaria (concorrente a quella delle Regioni) e quindi non si comprendono le obiezioni, che sembrano fondate su formalismi e ideologismi più che sulla tutela dell'interesse della collettività. L'Emilia Romagna è un esempio da seguire in attesa che il Parlamento approvi una legge anche sull'eutanasia.

Ma purtroppo il Parlamento latita. Dio, patria, famiglia, ordine e disciplina sono le parole chiave del governo Meloni, che non ce la fa proprio a riconoscersi nella cultura costituzionale, pluralista, antifascista, ed è prigioniero della propria intolleranza verso le minoranze, trattate come "nemici" da combattere a suon di manganello, bavagli, negazionismi, cattivismi. Ecco allora che in questo clima – ce lo insegnano le regressioni democratiche in atto nel mondo – le

Corti costituzionali diventano un bersaglio da intimidire, silenziare, normalizzare, occupare, delegittimare, perché sono, come diceva Piero Calamandrei, la «viva voce della Costituzione». Una voce stonata nella narrazione politica e mediatica del centrodestra.

Secondo la viva voce della Costituzione, la famiglia non è più solo quella "naturale" di 70 anni fa, fondata sul matrimonio tra un uomo e una donna, ma è una comunità di affetti e di cure e come tale «è un forte elemento del diritto all'identità del minore». La Corte ha sdoganato la "famiglia sociale", con due mamme o due papà, e ha stabilito che i figli sono tutti uguali: che "nascono" da coppie sposate o conviventi, da genitori etero o gay, che siano adottati, anche da single omosessuali, o siano nati con tecniche vietate come la maternità surrogata, non importa, hanno tutti gli stessi diritti e lo Stato ha il dovere di tutelarli. E invece no: il governo usa le sentenze solo quando gli fanno comodo altrimenti le ignora e così fa ostruzionismo alle famiglie sociali, negando il pieno, effettivo e rapido riconoscimento dei diritti dei loro figli.

Infine l'amore, il diritto di amare anche dietro le sbarre, perché coltivare i sentimenti, abbracciarsi, accarezzarsi, baciarsi, fare l'amore è fondamentale per uno sviluppo equilibrato della persona. Non è una concessione ma un diritto riconosciuto dalla sentenza n. 10 del 2024 della Consulta. Dopo 12 anni di inutile attesa del legislatore, ora la Corte ha cancellato la norma lesiva della dignità dei detenuti e ha chiesto anzitutto all'amministrazione penitenziaria di eliminare, sia pur gradualmente, la "desertificazione affettiva" nelle



carceri. «La qualità delle nostre relazioni – spiega lo psichiatra Umberto Galimberti – dipende dal livello della nostra alfabetizzazione emotiva: chi non sa sillabare l'alfabeto emotivo (perché non è stato educato a farlo o gli è stato sempre imposto di controllarsi), chi lascia inaridire il cuore e i sentimenti, si comporta con timore, con aggressività, spesso in modo paranoico, e percepisce il mondo come potenziale nemico da temere o da aggredire». Nel deserto della comunicazione emotiva cresce “il ge-

sto”, soprattutto quello violento, imprevedibile. In carcere cresce l'aggressività verso gli altri e verso se stessi. Del resto, il carcere è lo specchio del mondo fuori: e se “il dentro” è scandito quasi quotidianamente dai suicidi, “il fuori” fa i conti, quasi con la stessa cadenza, con i femminicidi, anch'essi frutto del dilagante analfabetismo emotivo.

Eppure, il cattivismo delle destre di governo, combinato con il pregiudizio e l'incultura, tratta questo diritto ancora come un optional, tanto da aver bloccato la volontà dell'ammi-

nistrazione - là dove prevale il senso di responsabilità - di osare e di sperimentare per tutelare «le relazioni affettive della persona nelle formazioni sociali in cui esse si esprimono»: così scrive la Corte, ponendo ancora una volta l'accento non sulla famiglia fondata sul matrimonio ma sulle relazioni e sulla dignità della persona. Parole che in una democrazia costituzionale hanno un peso e che vanno difese contro i tentativi di silenziarle o, peggio, di manganellarle. —

In questo clima la Corte costituzionale diventa un bersaglio da silenziare

Premier e ministri usano le sentenze solo quando gli fanno comodo

LO STATO DEI DIRITTI



La manifestazione

Nella foto: il corteo-parata arcobaleno partito da Milano Centrale e concluso in corso Buenos Aires

LAPRESSE



Le parole del futuro

«Questo robot ci farà tornare a camminare»

Matteo Laffranchi, 42 anni, laurea magistrale in ingegneria meccatronica presso il Politecnico di Torino, dottorato in robotica presso l'Università di Sheffield, nel Regno Unito. Dal 2011 al 2014 è stato ricercatore presso il dipartimento di Robotica Avanzata dell'Istituto Italiano di Tecnologia. Dal 2014 lavora presso il laboratorio Rehab Technologies in particolare protesi robotiche ed esoscheletri. Dal 2016 gestisce le attività legate alla ricerca robotica e allo sviluppo di prodotti all'interno del laboratorio, mentre dal 2024 è diventato Coordinatore della linea di ricerca.

Un robot indossabile per consentire alle persone che hanno perso l'uso delle gambe di tornare a camminare. Un miracolo della tecnologia, che si chiama Twin, esoscheletro progettato e realizzato da Rehab Technologies, il laboratorio congiunto tra Istituto Italiano di Tecnologia e Centro Protesi Inail di Budrio. Il robot, che si adatta alle esigenze della persona, una volta ottenuta la marcatura CE e in seguito alla fase di industrializzazione, sarà in commercio entro pochi anni. Ne abbiamo parlato con Matteo Laffranchi, responsabile del laboratorio Rehab Technologies IIT-INAIL.

In quale contesto di collaborazione si sviluppa il progetto sull'esoscheletro Twin?

«Il primo progetto è nato nel 2014

su input di Inail, la cui idea iniziale era di fornire a soggetti con mielolesione complete, paralizzati dal torso in giù, un esoscheletro che permettesse loro di camminare. All'epoca non esistevano dispositivi che consentissero di essere utilizzati in autonomia, perché pensati per la clinica e con altre funzionalità».

Quali sono le caratteristiche di Twin?

«L'esoscheletro ha quattro motori ad alte performance che sono allineati con le articolazioni di ginocchio ed anca, sostituiscono le funzionalità delle articolazioni e sono comandati da un'unità centrale posta in una specie di zainetto nella parte posteriore dell'esoscheletro. Il motore rileva l'inclinazione del busto e fornisce segnali di attivazione del passo alla persona che, sbilanciandosi in avanti, riesce a controllare l'esoscheletro. Inoltre ci sono delle fasce poste sia sulla parte inferiore che superiore della gamba e sul torace per la parte meccatronica sul paziente».

Come fosse un robot che si indossa?

«Uno degli aspetti più innovativi è proprio il metodo di vestizione del tutto modulare. Si tratta di una serie di pezzi componibili, che l'utente - in autonomia, nel caso di persone più abili o aiutate da un caregiver - indossa pezzo dopo pezzo e questo permette alla macchina, che pesa 19 kg, di diventare gestibile».

In che modo una persona che ha perso del tutto l'uso degli arti inferiori può far muovere il robot?

«È sufficiente che possano spostare il peso del corpo in avanti,

movimento che questa macchina riesce a percepire e dà l'avvio ai motori. Un concetto simile al Segway».

Qual è stata la sfida maggiore che avete dovuto superare?

«In questo tipo di macchine di robotica medica, gli ostacoli più grossi sono l'usabilità, che non deve richiedere un ingegnere per spiegare funzionamento ed attivazione e l'altra è il costo. Con Twin abbiamo lavorato molto su entrambe le criticità, diminuendo i costi nell'ordine del 20%, cercando di ipotizzare nella fase di progettazione una produzione di scala».

Quando saranno in commercio?

«Nei prossimi 3 anni dobbiamo superare la validazione clinica richiesta per la commercializzazione, dopodiché dovremmo metterci in partnership con un soggetto industriale che si prenderà cura della produzione e della vendita. Penso che entro i prossimi 5 anni potrebbe essere sul mercato».

Quali sono le migliori di questo secondo modello di Twin?

«La macchina è molto più sensibile, riesce a capire la forza necessaria



ria ad ogni singola articolazione e la forza della persona e di conseguenza compensa eventuali deficit. Abbiamo motori a più alte performance, quindi la macchina è più prestante e potente, ha un design migliore, attacchi più rapidi, un prodotto completamente revisionato e decisamente migliore».

Chi lo indosserà cosa potrà tornare a fare?

«Le persone che hanno una lesione completa non potranno recuperare la funzionalità, ma possono utilizzare l'esoscheletro per fare terapia, stare in posizione eretta per riuscire a mantenere la densità ossea dello scheletro, utilizzarlo per camminare, per riattivare la circolazione, agevolare le funzionalità vescicali ed intestinali che sono fondamentali in questo tipo di patologie. Invece nel caso di lesione parziale, ci sono studi recenti che indicano come l'utilizzo intensivo dell'esoscheletro in fase acuta, possa ri-

stabilire le connessioni a livello nervoso e del midollo e quindi permettere di recuperare le funzionalità».

Nei casi che avete verificato cosa è successo?

«Uno dei nostri pazienti ha avuto un incidente che ha provocato la lesione a livello cervicale, per cui pensava di non riuscire a recuperare più la funzionalità degli arti, invece grazie all'utilizzo intensivo sin dai primi momenti dopo l'incidente ha quasi recuperato totalmente la funzionalità, per cui riesce a camminare con le stampelle, a manipolare oggetti, ad essere autonomo e lavorare».

L'esoscheletro si potrà usare anche a casa?

«Molte persone con un danno spinale completo ce l'hanno in casa e lo utilizzano nella routine quotidiana, invece nel caso di persone con danni parziali, di so-

lito lo usano con personale clinico per la riabilitazione».

Ed il paziente può utilizzarlo da solo senza nessun ausilio di operatori?

«Per tutti gli esoscheletri si raccomanda sempre una persona di supporto per motivi di sicurezza, più che altro perché al momento non ha funzioni di autobilancia-

mento, ma ci sono anche persone che lo utilizzano in autonomia».

È una tecnologia abbastanza recente, in futuro renderà le persone con gravi disabilità motorie ancora più autonome?

«È quello che ci aspettiamo, ma c'è necessità di un altro step di avanzamento negli sviluppi tecnologici che permettano di ridurre ulteriormente il peso, rendere più compatti il dispositivo, allora saremo capaci di consentire una maggiore autonomia. Servirà un salto generazionale sui motori elettrici che dovranno avere una maggiore potenza meccanica per consentire un movimento migliore e sui materiali, perché oggi usiamo leghe di alluminio che sono leggere, ma rigide, invece c'è già un nuovo filone di esoscheletri indossabili morbidi che sono molto interessanti per persone con disabilità molto lievi».

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«SIAMO RIUSCITI A RIDURRE I COSTI, ENTRO TRE ANNI DOBBIAMO SUPERARE LA PROVA CLINICA PER POI PRODURLO»

I NUMERI

19 kg

Il peso contenuto del nuovo modello di esoscheletro robotico Twin

4

I motori dell'esoscheletro che muovono gli arti meccatronici

3

Le modalità di assistenza importabili sull'esoscheletro

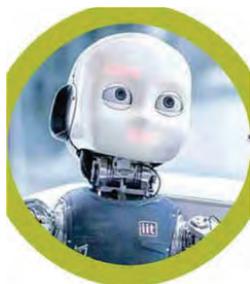
20%

Il risparmio consentito da questo modello rispetto al precedente

3

Gli anni necessari allo studio per ottenere la validazione clinica

L'ingegnere Matteo Laffranchi dell'Istituto Italiano di Tecnologia illustra le capacità di Twin: «È un esoscheletro modulare che permetterà a chi ha perso la mobilità di muoversi, o di recuperare la funzionalità»



Robotica e qualità della vita

Alzarsi e camminare Arriva l'esoscheletro che rimette in piedi

Presentato ieri a Milano, offre ai pazienti con deficit motori una possibile autonomia

Ad accompagnare tecnici e ricercatori nella progettazione e sperimentazione clinica, svolta presso il Montecatone Rehabilitation Institute di Imola e Villa Beretta di Costa Masnaga (LC), di Twin 2, il nuovo esoscheletro robotico per arti inferiori progettato e realizzato da Rehab Technologies IIT-Inail, il laboratorio congiunto tra Istituto Italiano di Tecnologia e Centro protesi Inail di Budrio, c'era Alex Santucci. Quarantannove anni, impiegato, in seguito a un incidente stradale avvenuto nel 2020 ha riportato una tetraplegia incompleta. Per lui, appassionato di sport motoristici tanto da frequentare un corso di guida sportiva con veicoli adattati presso l'autodromo di Imola, un esoscheletro come Twin significa un aiuto sia fisico che psicologico.

Lo si è visto ieri durante la presentazione al Museo della Scienza e della Tecnologia di Milano: poter assumere la posizione eretta consente di avvicinare oggetti difficilmente raggiungibili da seduti e di essere più indipendente sia in casa che in ufficio. Inoltre, in termini di salute generale, questo apporta grandi benefici a livello muscoloscheletrico, circolatorio e di funzionalità dell'apparato digerente.

Questo spiega in parte il perché, nel campo della ricerca tecnologica, il settore degli esoscheletri è in rapidissima ascesa. Dare la possibilità a pazienti con deficit motori, conseguenti a lesioni midollari dovuti a traumi o patologie neurologiche, di muoversi e reinserirsi in contesti sociali o lavorativi è un obiettivo con un impatto positivo sia in termini individuali che per la collettività. «A distanza di nove anni dal primo prototipo di esoscheletro progettato per persone con lesione midollare completa, siamo riusciti ad aumentare la potenza del motore, diminuire il peso, e soprattutto adattare le modalità di funzionamento alle diverse tipologie di disabilità motoria, ampliandone così l'utilizzo e introducendo anche una serie di funzionalità e tecnologie pensate per l'utilizzo clinico di Twin, che permettono di misurare lo stato del paziente e il progresso della fisioterapia», dice Matteo Laffranchi, responsabile del laboratorio Rehab Technologies IIT-Inail.

È infatti una semplice applicazione Android (il tablet sarà fornito in dotazione) che permette di comandare l'esoscheletro, impostare i parametri cinematici del movimento e scegliere tra diffe-

renti modalità di esecuzione del passo. Tutto è configurabile e su misura, dalla struttura al supporto del piede, dalla tipologia del passo alla velocità di cammino. Con un'autonomia della batteria di circa quattro ore (un'ora per la ricarica), chi ha capacità motorie degli arti inferiori ridotte o assenti, che sia donna o uomo, giovane o adulto, potrà stare in piedi, camminare con l'ausilio di stampelle o deambulatori, alzarsi e sedersi. Rimane solo lo step della marcatura CE, che avverrà in partnership con un soggetto industriale, e poi si passerà all'industrializzazione e alla produzione.

— m.m.r.



▲ Muoversi L'esoscheletro motorizzato realizzato da IIT e Inail permette di essere autonomi anche quando la mobilità è molto compromessa



Il commento**Gemello digitale,
dall'Apollo 13
al futuro della sanità**di **Alessia Cruciani**

Era il 1970 quando l'astronauta Ken Mattingly simulò a Terra una missione gemella dell'Apollo 13. Replicando le soluzioni tecnologiche che lui stesso aveva studiato (54 anni fa!), riuscì a far rientrare sani e salvi quei tre colleghi, diventati famosi per la frase: «Houston, abbiamo un problema». A questo episodio viene fatto risalire il primo esempio di digital twin. Un fenomeno che si sta insinuando con grande velocità, investendo tutti i campi. Il gemello digitale, infatti, replica una realtà fisica e — grazie a big data, intelligenza artificiale, machine learnig, IoT — consente di sperimentare soluzioni da trasferire poi nella vita analogica. E i tecno-scettici non devono sentirsi minacciati da questa innovazione, perché la capacità di eseguire riproduzioni virtuali così fedeli alla realtà si sta

rivelando indiscutibilmente vantaggiosa. Oggi il gemello digitale è alla base di tutta l'industria 4.0. Permette di verificare la validità di alcune progettazioni, riducendo gli errori e, di conseguenza, risparmiando tempo e risorse. Merito della capacità di analizzare in tempo reale una gran quantità di dati, fare manutenzione predittiva e garantire maggior sicurezza sul lavoro. Come avviene nell'edilizia smart: un esempio è il progetto sperimentale Automatic Progress Measurement, avviato un anno fa nell'area Mind a Milano, per la realizzazione dell'edificio «The Hive», frutto di una collaborazione tra Accenture, Leonardo e WindTre.

Nei campi in cui il digital twin si è fatto strada c'è soprattutto la sanità: un gemello del nostro corpo, basato sui dati sanitari e sulle patologie aiuterà nelle terapie e nella prevenzione. Sensori e AI possono monitorare il paziente e rappresentare in 3D ogni parte del nostro corpo, dalle ossa al sistema nervoso. Le frontiere del digital twin non conoscono limiti. L'Agenzia spaziale europea sta realizzando un gemello digitale della Terra per monitorare i cambiamenti climatici e anticipare eventi estremi.



**A tu per tu
Luigi Bonavina**

La medicina
del futuro? È quella
di precisione
che cura la persona
caso per caso

di **Lucilla Incorvati**
— a pagina 13

La medicina del futuro? È quella di precisione che cura la persona caso per caso

Lucilla Incorvati

«**N**

on può saper di
medicina chi non sa
che cosa è l'uomo;
questo si deve
conoscere per
curare
correttamente gli
uomini». Così, si

esprimeva Ippocrate nell'antica Grecia a proposito del rapporto uomo medico. «Un pensiero più che mai attuale oggi che l'innovazione tecnologica ha rivoluzionato in meglio cure e terapie» sottolinea Luigi Bonavina, tra i sette migliori chirurghi al mondo (unico italiano) per l'autorevole American College of Surgeons di Boston (90 mila chirurghi e 50 milioni di pazienti seguiti). «Ma è solo focalizzandoci sul paziente che possiamo capire fino in fondo se una terapia funziona. Un approccio, questo, più che mai indispensabile in chirurgia. Dopo una fase standard in cui definiamo tempi e schemi dell'intervento, poi il modus operandi deve avere come target un solo paziente con le sue specifiche caratteristiche anatomiche e funzionali. È questa la medicina del futuro, una medicina di precisione in cui non c'è un intervento per tutti. Al centro resta l'organismo

umano con le sue variabilità perché ci sono più fenotipi e più fenotipi della malattia. Senza trascurare la fase post operatoria, forse la più delicata, e dove l'empatia con il paziente fa la grande differenza. Un approccio, questo, che spesso oggi strida con la prassi di interventi veloci e in batteria, in cui si deve massimizzare tutto».

Luigi Bonavina, classe 55, è ordinario di chirurgia all'Università degli Studi di Milano e direttore del Dipartimento di Chirurgia Generale e dell'intestino al Policlinico San Donato di Milan. Qui dirige anche il Centro di ricerca dell'intestino anteriore e di Oncologia



Chirurgica. È un chirurgo da record: oltre 3 mila interventi eseguiti con metodiche tradizionali ma soprattutto con tecniche mininvasive e ibride dove è considerato un innovatore a livello mondiale (è membro tra le altre dell'Académie National de Chirurgie, l'American Foregut Society e l'European Surgical Association). Ma soprattutto è un precursore e uno sperimentatore perché al centro di gran parte del suo lavoro c'è la ricerca applicata alla chirurgia. «È una passione a cui mi dedico fin dall'Università perché da sempre è la ricerca che ci consente di trovare le cure migliori per i nostri pazienti e di progredire. Non incentivarla significa rimanere indietro. Lo dico sempre ai miei studenti l'attività clinica e l'attività di ricerca sono eterogenee, ma la prima è in un certo senso "incompleta" senza la seconda. Questo non vuol dire che chi non la fa non sia un bravo medico. Ma per fare ricerca serve quello *state of mind*, come dicono gli americani, quella voglia fin dalla prima visita con un paziente di andare oltre i dogmi che ti porti dietro, magari legati a ciò che ti hanno insegnato. Procedere in modo introspettivo anche senza grandi mezzi, ci aiuta a migliorare ogni giorno qualcosa nella nostra qualità di clinici e a garantire cure migliori. Per quanto fare ricerca in Italia non sia semplice e soprattutto sia poco valorizzata (i dottorandi riescono a mala pena a sopravvivere) la si può portare avanti anche facendo networking e condividendo progetti, idee e risultati. In campo medico e scientifico il confronto con i colleghi, anche lontani, è indispensabile e oggi ci sono gli strumenti per farlo. Se ho un caso complesso chiamo il collega di Stanford o di Chicago, mettiamo insieme una sorta di cordata, sperimentiamo e poi basandoci su evidenze scientifiche e le nostre capacità tecniche, standardizziamo una procedura. Anche questa è ricerca». Incluso nella lista Top Italian Scientists, Bonavina è autore di 490 articoli scientifici citati su Pubmed, numerose monografie e oltre 50 capitoli di libri e poi tante relazioni a congressi nazionali e internazionali. Tra le cose che più gli fanno onore c'è anche il suo contributo alle linee guida dell'Associazione Italiana di Oncologia Medica sul cancro dell'esofago e quelle della European Association for Surgical Endoscopy sul trattamento chirurgico della malattia da reflusso gastroesofageo e delle ernie paraesofagee. Proprio nella cura del reflusso, che stress della vita quotidiana e cattiva alimentazione ne fanno una delle malattie del secolo (colpisce quasi il 25% della popolazione), Bonavina ha sperimentato con successo, primo al mondo, un collarino magnetico, frutto della ricerca biomedica americana, che ha consentito ad un giovane ragazzo affetto dalla malattia di vivere una vita normale. Bonavina è figlio d'arte (suo padre a Tropea era pediatra ed ostetrico) ma a 12 anni sognava di diventare giornalista, affascinato dai servizi dei rotocalchi che giravano in casa. Sin da allora amava leggere e scrivere e «ancora oggi è il mio passatempo preferito insieme al passeggiare in riva al mare o in campagna con i miei amati cani». In quegli anni gli

sarebbe piaciuto essere l'autore di uno di quei tanti reportage avventurosi. «Forse proprio sulla Domenica del Corriere lessi la rivoluzionaria storia del primo trapianto di cuore di Christian Barnard. Correva il 1967 e ne parlarono tutti i media. Ne fui affascinato ed è lì che scelsi la mia strada». Barnard, carismatico chirurgo allora 45enne mise il cuore di una donna di 25 anni in un uomo di 55. «Ai tempi non era il cardiocirurgo più quotato al mondo, né l'ospedale Groote-Schuur di Città del Capo in

Sud Africa dove operò, era considerato la punta di diamante per i trapianti d'organo. Gli americani di Stanford dove lui era stato erano pronti da mesi ma frenati da limiti etici e legali. Quando Barnard trapiantò il primo cuore i tempi non erano maturi. Ma lui osò e rimase nella storia. Si dovrà poi attendere la fine degli anni 70 per l'altra grande scoperta che ha cambiato il corso degli eventi nelle sale operatorie. Ovvero la ciclosporina che, grazie alle capacità immunosoppressive, dal 1983 consentì di tenere sotto controllo le reazioni di rigetto nei trapianti». Bonavina coltiva così la passione per la medicina durante gli anni del Liceo Classico. «Mi incuriosivano gli strumenti che mio padre custodiva nella vetrinetta dello studio come il forcipe che usava per le nascite». Solo anni dopo, brillante studente di Medicina a Padova, lungo quei corridoi dove perfino Galileo Galilei aveva più volte sostato, sceglie la chirurgia (si specializza in Chirurgia Generale e in Chirurgia Toracica). «Non si nasce chirurghi, lo si diventa. La chirurgia è soprattutto passione: ci sono quotati professionisti che vi arrivano da altri settori oppure specializzandi che svengono ai primi interventi ma poi diventano bravissimi. Passione e motivazione sono le cose vere che ti guidano in questo lungo percorso. L'aspetto tecnico che non deve mancare ma si acquisisce negli anni, apprendendo per fasi. Il mio maestro mi diceva di procedere prima guardando attentamente, poi di annotare su un taccuino le cose decisive e solo dopo di mettermi all'opera». Quel maestro era il professore Alberto Peracchia, vanto italiano nel mondo della chirurgia esofagea e tra i primi a utilizzare la pratica della mini-invasività dalla fine degli anni 70. Bonavina, il suo allievo migliore, grazie ad una borsa di studio, frequenta un dottorato di ricerca negli Stati Uniti alla University of Chicago e la Creighton University. È lì che, conducendo studi clinici e sperimentali, si appassiona al misterioso universo delle prime vie digestive. Nel 1996 consegue



il diploma dell'European Board of Surgery e raccoglie il testimone nel campo della chirurgia video-assistita, pietra miliare di un passaggio epocale verso un nuovo modo di fare chirurgia. «Con la laparoscopia i benefici per il paziente sono molti e non solo estetici. Il mancato taglio e la maggior conservatività dell'intervento consente una ripresa immediata delle funzioni vitali e un minor rischio di complicazioni, spesso associati ai grandi interventi. Sono cresciuto con il professor Peracchia che quando ero un giovane medico mi ha trasmesso la passione per le novità. E sebbene sia passato del tempo, tutto questo resta come un imprinting. Certo, l'esperienza americana è stata decisiva nella mia formazione. Ma allora come oggi nel confronto con il resto del mondo verifico ogni volta che la nostra ricerca resta comunque a livelli alti grazie ad una sanità che, seppur indebolita e a macchia di leopardo, è un fiore all'occhiello. In Europa al pari di quello inglese il nostro sistema sanitario è ancora tempestivo e gratuito per tutti. Senza contare alcuni errori che proprio nella super America sono stati fatti».

È sotto gli occhi di tutti il dramma Fentanyl, legato all'uso eccessivo di farmaci oppiacei verso i quali oggi

si cerca di fare un grosso passo indietro. «Negli Stati Uniti il controllo del dolore del paziente già dalla fine degli anni 80 è stata una priorità. Quando lavoravo a Chicago nei laboratori di fisiopatologia si faceva l'anestesia minima delle fosse nasali con cotton fioc imbevuti di cocaina e nel post operatorio l'uso massiccio di oppiacei per ridurre il dolore era la normalità. Noi italiani pensavamo di essere indietro ma ci chiedevamo come si facesse a ricorrervi anche per un intervento banale. La scuola italiana allora come oggi è fortemente restrittiva in tal senso. Ricordo ancora il monito di mio padre quando guardavo la morfina nella sua vetrinetta. «Mi raccomando, la si usa solo in casi estremi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«NON SI NASCE
CHIRURGH
LO SI DIVENTA.
PASSIONE
E MOTIVAZIONE
SONO LE COSE VERE
CHE TI GUIDANO»



Innovatore e sperimentatore.

Luigi Bonavina, classe 55, ritratto con il suo cane Iaki. Premiato come unico italiano dall'American College of Surgeons di Boston, è tra i massimi esperti al mondo in metodiche mininvasive e ibride nel trattamento chirurgico da reflusso gastroesofageo, delle ernie paraesofagee, del cancro all'esofago



23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Tumori: terapie cellulari, avatar e nuove “combo”. Le opzioni di cura passeranno dal 50 all’80% dei pazienti

di Paolo Ascierto *

Negli ultimi anni, abbiamo assistito alla crescita esponenziale di ricerche innovative che hanno approfondito la comprensione dell’immuno-oncologia e permesso lo sviluppo di nuovi trattamenti in grado di sfruttare il sistema immunitario del paziente e prevenirne la fuga immunitaria. Abbiamo quindi voluto dedicare una giornata di lavoro della Società campana di Immunoterapia oncologica (Scito) ad analizzare lo stato dell’arte e le prospettive future dell’immuno-oncologia, confrontandoci sui prossimi sviluppi e rinnovando la nostra alleanza con l’obiettivo di per la Campania di diventare punto di riferimento nazionale e di creare il primo Polo di Immunoncologia dell’area mediterranea. Tre sono i punti chiave, dopo gli inibitori dei checkpoint immunitari, che disattivano i “freni” al sistema immunitario, le Car-T e la recente introduzione in via sperimentale dei vaccini a mRNA: le terapie cellulari (Tils) contro il melanoma metastatico, la creazione di ‘avatar’ di tumori al polmone, e nuove combinazioni di farmaci per i tumori gastrici renderanno possibile l’immunoterapia di precisione, aumentando la percentuale di pazienti che rispondono alle terapie dall’attuale 50% all’80%.

1) La recentissima approvazione dalla Food and Drug Administration (Fda) della prima terapia cellulare Tils (tumour-infiltrating lymphocyte), chiamata lifileucel, per il trattamento del melanoma metastatico resistente a tutte le possibili terapie oggi disponibili apre nuove strade. Entro la fine della prossima estate, infatti, il Pascale partirà con lo studio di fase 3, l’ultimo step prima dell’approvazione da parte delle agenzie di regolamentazione, di lifileucel per valutare la sicurezza e l’efficacia della terapia in combinazione con pembrolizumab, inibitore del checkpoint immunitario Pd1/Pd-L1, comparata con il trattamento con il solo pembrolizumab nei pazienti con melanoma in fase avanzata che non risponde più a nessuna terapia. La nuova terapia cellulare consiste nell’estrarre le cellule immunitarie del paziente che stanno combattendo il tumore, moltiplicarle in laboratorio e iniettarle nuovamente sperando che questo “esercito rinforzato” possa controllare la malattia. L’approvazione della Fda si basa su un trial clinico che ha visto la partecipazione di 76 persone in cui si erano esaurite tutte le opzioni di trattamento possibili. Negli individui trattati, l’81% ha tratto beneficio dalle terapie. In particolare, il 31% dei pazienti ha mostrato una significativa risposta. Tra questi, oltre la metà ha mantenuto una progressione libera da malattia, ovvero il tempo che intercorre tra il trattamento e la ripresa della malattia, per almeno sei mesi dopo; il 47,8% ha mantenuto la risposta positiva per almeno nove mesi; il 43,5% ha continuato a non mostrare progressione del tumore per almeno un anno e il 42%



oltre i 18 mesi.

2) Nell'Azienda ospedaliera San Giuseppe Moscati di Avellino partiranno entro l'anno studi con modelli sperimentali personalizzati per il tumore al polmone, che consentiranno di valutare l'efficacia di singoli farmaci a bersaglio molecolare e gli effetti degli immunoterapici e del "microambiente tumorale", in ogni singolo caso. Abbiamo la possibilità di creare organoidi a partire da campioni di tumore prelevati mediante una biopsia sui pazienti in modo da avere veri e propri 'avatar' della malattia su cui provare e valutare diverse opzioni terapeutiche in modo da arrivare a quella più adatta a ogni singolo caso.

3) Importanti le novità anche nei tumori gastrici. In uno studio recentemente concluso al Pascale su 22 pazienti con tumore del colon localmente avanzato, confermiamo l'efficacia dell'immunoterapia neoadiuvante, ovvero quella somministrata prima dell'intervento chirurgico. Si tratta di pazienti con tumore con instabilità dei microsatelliti, presente in circa il 10-15% delle neoplasie localmente avanzate del colon e dello stomaco, che hanno avuto la scomparsa o quasi della malattia. Risultati simili sono stati riportati anche nei casi di tumore del retto.

** Direttore dell'Unità di Oncologia Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative - Istituto nazionale tumori Fondazione "G. Pascale" di Napoli*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL "TERRORISMO SANITARIO" A PUNTI DEL DR. BERTOLASO

MASSIMO FINI

Grande idea di Guido Bertolaso, il medico che fu richiamato in tutta fretta, mi pare dall'Africa, per fronteggiare l'emergenza Covid e se lo beccò subito, mandando in quarantena mezzo staffe andando a intasare i letti di terapia intensiva. Si giustificò dicendo che era mezzo sordo e quindi doveva avvicinarsi molto ai suoi interlocutori per capire quello che dicevano.

Qual è l'ideona di Bertolaso? È la "tessera sanitaria a punti", per cui, se decidi di smettere di fumare, di bere, assumi uno stile di vita meno sedentario con un'alimentazione più sana e ti sottoponi a screening periodici, potresti vincere premi come cure termali, skypass gratuiti, biglietti gratis per grandi eventi e magari anche uno yo-yo.

Bertolaso è in gragnaglie perché agli screening da lui proposti ha aderito meno del 50% della popolazione. E lo credo bene. Bertolaso, completamente calato nel "terrorismo diagnostico", vorrebbe che noi vivessimo con la mentalità dei malati o comunque dei "soggetti a rischio", anche quando siamo ancora sani. È la solita storia: è vivere che ci fa morire. Che senso ha rinunciare a vivere per un rischio puramente ipotetico? Io sono convinto che l'attesa di uno screening bertolasiano - se ne dovrebbe fare almeno sei all'anno - è molto più stressante e debilitante dell'ipotetica malattia

che si vorrebbe evitare. Comunque, se il terrorismo bertolasiano è respinto dalla metà della popolazione, l'altra metà ci casca.

Ci informa sul *Giornale* (17.02) Melania Rizzoli (che, oltre a essere stata la moglie di Angelo, è un medico, un bravo medico): "Gli italiani comprano sempre più farmaci, molecole di ogni tipo, una corsa che non rallenta, ma che registra un aumento delle vendite di oltre il 20% l'anno con una spesa che ha superato la cifra di 8,5 miliardi solo lo scorso anno". Conferma l'Aifa, Agenzia italiana del farmaco, che gli italiani sono un popolo dipendente dai medicinali a tutte le età e in tutte le condizioni psicofisiche. Sette italiani su dieci assumono almeno tre compresse al giorno. Le grandi aziende farmaceutiche ringraziano. Dice ancora la Rizzoli, intesa come persona, non come azienda da cui Angelo Rizzoli jr. fu brutalmente estromesso, focalizzandosi sui farmaci contro la disfunzione erettile: "L'Italia è il secondo Paese al mondo per consumo... Le vendite hanno superato lo scorso anno i 213 milioni di euro per 42 milioni di dosi, collocandoli tra i farmaci più venduti in fascia C nelle farmacie". Questi farmaci non sono usati solo dagli ultrasessantenni, ma anche dai giovani. Io sono convinto che se non ti viene duro qualche ragione ci sarà ed è bene non usare dopanti, in questo caso come in tutti gli altri (ciclismo, atletica) perché molto spesso hanno un effetto paradossale: cioè, se prima non ti veniva duro, adesso ce l'hai

molle.

In ogni caso qualsiasi introduzione di medicinali nel nostro corpo ne altera l'equilibrio. Io credo che sia bene fidarsi del proprio corpo che ti dà segnali di allarme non intrusi-

vi. Prendiamo il fumo. Spesso non smetti perché te l'ha ordinato il medico, ma perché il corpo ti avverte in modo semplice: non ti piace più fumare. In quanto all'impotenza giovanile, e qui entriamo in un campo che più che medico è sociale, è dovuta in gran parte all'eccessiva esposizione del corpo femminile, nella pubblicità, nei film, nei siti propriamente porno, che sono deprimenti anche perché fanno vedere gli organi sessuali *in action* dimenticando le sottigliezze dell'eros, che nulla hanno a che fare col fatto fisico, ma piuttosto col mentale. Non si deve poi dimenticare il #MeToo. Ma chi si azzarda più a corteggiare una ragazza col rischio di essere accusato di qualunque cosa magari vent'anni dopo?

Ci sono poi i disturbi alimentari, che non sono riconducibili, io credo, ai nostri singoli stili di vita, ma allo stress in cui ci comprime l'attuale modello di sviluppo e al fatto che noi, sempre per esigenze economiche, mangiamo carni di animali malati che, stabulati 24 ore su 24 sotto potenti riflettori per aumentarne il peso corporeo (in realtà è quasi tutta acqua), sviluppano malattie propriamente umane che non avevano mai conosciuto: stress, nevrosi, depressione, obesità, diabete che non avevano mai avuto. Insomma si confonde la causa con l'effetto.

Dell'utilità di un farmaco sono però convinto. Un farmaco che migliori l'acustica. Di Guido Bertolaso.



Prima la Sanità pubblica Si raccolgono le firme per la legge di iniziativa popolare

di ANTONIO MURZIO

Il gruppo regionale lombardo del Pd ha annunciato la presentazione di un progetto di legge di iniziativa popolare per cambiare la sanità lombarda. Il progetto di legge, composto da due articoli, è una modifica della legge regionale n. 33 del 2009, come modificata dalle riforme Maroni del 2015 e Fontana-Moratti del 2021. L'intento è quello di riscrivere i principi, togliendo l'equivalenza tra sanità pubblica e sanità privata e obbligando la Regione a fare programmazione e a governare l'offerta fornita dagli operatori privati, indirizzandoli verso le prestazioni maggiormente necessarie. Il Pd ha scelto lo strumento della legge di iniziativa popolare, su cui nelle prossime settimane inizierà la raccolta firme, per forzare il Consiglio regionale, come da regolamento, ad esprimersi entro nove mesi. "Io credo che a un anno dalle elezioni regionali possiamo intanto dire che Fonta-



na e Bertolaso sono bocciati su tutta la linea perché la sanità oggi è da ricostruire”, attacca il capogruppo Pd **Pierfrancesco**

Majorino. “In questi mesi abbiamo avuto solo chiacchiere, nessun tipo di atto vero, effettivo, profondo, di rilancio e ripensamento del servizio sanitario regionale, della sanità pubblica. Occorre costruire il centro unico di prenotazione per la gestione delle liste d’attesa entro dodici mesi e non entro tre anni come pensano di fare Fontana e Bertolaso, mettendo un vincolo: il privato che non sta nel Centro unico di prenotazioni non riceve risorse pubbliche a nessun livello”.

ALLARME BIMBI

La proposta del Pd arriva il giorno dopo che una ricerca commissionata da Abio (Associazione per il bambino in ospedale) è emerso che una quota rilevante dei ricoveri dei bambini a Milano avviene in reparti non pediatrici. “Nell’arco di 16 anni”, dice **Giovanni Corrao**, docente dell’università di Milano-Bicocca, “si sono verificati 143.121 ricoveri ordinari

prevalentemente (per il 70% circa) in unità pediatriche, ma con una frequenza non marginale di ricoveri in unità non pediatriche, pari al 22%. Le unità non pediatriche maggiormente interessate al ricovero di

bambini sono prevalentemente quelle chirurgiche, ma dovrebbe essere enfatizzato il carico su unità cardiologiche (mediche, chirurgiche e d’urgenza cardiologica) che, pur riguardando il 18% dei ricoveri, in assoluto si riferisce a quasi 26mila bambini”. Altro elemento osservato a livello regionale in Lombardia su cui Corrao pone l’accento è “l’emergenza del disagio giovanile, messa in evidenza da quasi 11 milioni di prestazioni a carico della neuropsichiatria infantile nei 10 anni tra il 2013 e il 2022”. I dati Abio evidenziano che “la domanda di prestazioni mediche si sta velocemente spostando dal comparto ospedaliero a quello ambulatoriale. Il trend osservato nelle generazioni più recenti permette di ipotizzare che questa tendenza continuerà anche nei prossimi anni. I bisogni assistenziali dei bambini, e il sostegno ai genitori, devono sempre più trovare risposte fuori dall’ospedale”.

L’ultima vergogna

Il 22% dei bambini anche con patologie gravi non trova posto in pediatria



■ Pierfrancesco Majorino (Pd)



23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Veneto/ Quasi 25 mln per ristrutturare centri anziani e disabili. Lanzarin: il 75% delle risorse per gli over 65

La Giunta regionale del Veneto, su proposta dell'assessore a Sanità e Politiche sociali Manuela Lanzarin ha rinnovato l'impegno a sostenere gli enti che, nel settore sociale e sociosanitario, intendono adeguare i propri immobili nei quali sono assistiti cittadini anziani e persone con disabilità. Il bando sarà pubblicato nei prossimi giorni e avrà una dotazione complessiva di quasi 25 milioni. Con questa misura, la Regione "si prefigge principalmente di dare un sostegno agli enti per adeguare gli immobili alla disciplina antincendio, antisismica, e in generale di miglioramento degli spazi per erogazione dei servizi per garantire e migliorare gli standard come previsto da una specifica legge regionale. Un provvedimento che, inoltre, va incontro alla necessità degli enti di completare quegli interventi di ristrutturazione già in corso e affrontare un ulteriore stralcio funzionale al progetto". Il finanziamento è mirato, quindi, ad alimentare il fondo di rotazione, garantendo liquidità che consenta di cantierare le opere. I fondi saranno anticipati dalla Regione per essere restituiti dai beneficiari nell'arco di 15 anni, in rate uguali, sulla base di un apposito piano, senza gli oneri degli interessi. «Si tratta - spiega l'assessore Lanzarin - di importanti risorse che andranno impiegate per migliorare la qualità dei centri servizi rivolti ai nostri anziani. Il 75% delle risorse, infatti, sarà dedicato a questa categoria. Il 25% è rivolto al mondo della disabilità, di cui il 5% sarà dedicato a chi già svolge attività a vantaggio di persone disabili in modo da ampliare l'offerta della vita fuori casa». Ad esempio sono promosse iniziative nell'occupabilità come laboratori di cucina, di pasticceria, spazi per l'orticoltura e per il commercio dei prodotti. Ma anche progetti che si interessano della vita residenziale come le forme di abitare leggero, di impegno nel tempo libero e di esperienze volte all'inclusione. «È data così un'occasione - spiega ancora Lanzarin - per un ulteriore cambiamento di passo verso quei progetti innovativi che sono volano di una qualificazione dei servizi già esistenti nei nostri territori». Per questi progetti l'ente deve aver maturato un'esperienza di almeno 5 anni nell'ambito dei servizi sociali o socio-sanitari. Il fondo contribuisce a una copertura della spesa ammessa dal bando fissata all'80%, tranne che nei casi delle Ipab, non commissariate, per cui la copertura è del 100%. Il contributo massimo è così fissato: 1.000.000 per il settore anziani, 500.000 per il settore disabili, 200.000 per i progetti innovativi. Sono esclusi progetti di valore inferiore a 100.000 euro.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

23 feb
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI



Emilia Romagna: approvato un pacchetto da 445 milioni per l'edilizia sanitaria

E' pronto un piano di investimenti in edilizia sanitaria finanziato con quasi mezzo miliardo di euro (esattamente 445 milioni), che porterà in Emilia-Romagna nuovi ospedali, a partire da quello di Piacenza, nuove strutture sanitarie territoriali - dalle Case delle salute agli Ospedali di comunità - nuove sale operatorie e padiglioni ospedalieri e riqualificherà quelle esistenti, dotandole anche di nuovi arredi, strumentazioni per l'assistenza domiciliare da remoto e tecnologie all'avanguardia.

Lo prevede il 'Programma pluriennale di investimenti in Sanità VII Fase - Primo e secondo stralcio', approvato dalla Giunta regionale, con l'elenco dettagliato degli interventi da realizzare da parte delle Aziende sanitarie e ospedaliere: a disposizione i fondi statali per 266 milioni e 758mila euro, il cofinanziamento del 5% della Regione di 14 milioni, altri 4 milioni di risorse regionali e comunali e, nel caso dell'Ospedale di Piacenza, 160milioni e 331mila euro da partenariato pubblico privato. Interventi individuati dalla Regione dopo avere raccolto i fabbisogni dei territori e già passati dall'approvazione dell'Assemblea legislativa, che non comprendono in questo pacchetto il nuovo Ospedale di Carpi (Mo), finanziato dal precedente Programma (VI fase), e quello di Cesena, anch'esso già programmato.

Sono sei i criteri che hanno guidato la selezione di questo pacchetto di interventi: il completamento delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali cui sono destinati oltre 24 milioni di euro; l'adeguamento normativo in materia di sicurezza sismica e prevenzione incendi per complessivi 55 milioni di euro; poi la realizzazione di nuove strutture sanitarie territoriali per 13 milioni di euro. E ancora, l'allestimento con tecnologie biomediche, informatiche e arredi degli edifici realizzati o ristrutturati attraverso il Programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile", finanziato con il Pnc, per oltre 16 milioni di euro; l'acquisizione di kit per il telemonitoraggio di 1° livello e l'assistenza domiciliare da remoto per circa 800mila euro; infine, il potenziamento delle strutture ospedaliere finanziato con 38,5 milioni di euro complessivi.

Il provvedimento, presentato dal presidente Stefano Bonaccini e dall'assessore alle Politiche per la salute, Raffaele Donini, viene ora inviato al ministero della Salute per procedere con la sottoscrizione dei relativi Accordi di Programma.

"Un altro piano straordinario per l'Emilia-Romagna- sottolineano Bonaccini e Donini-, con interventi di edilizia sanitaria su tutto il territorio, da Piacenza alla Romagna, che si affiancano alla rete dei Centri di assistenza e urgenza e vanno a rafforzare e ammodernare ospedali, a realizzare nuove strutture territoriali o nuovi reparti ove necessario, e a dotarli delle più moderne tecnologie e comfort. Per luoghi di cura sempre più a misura di chi ci lavora e dei pazienti, capaci di dare risposte adeguate alle esigenze dei cittadini e della moderna sanità. Una sanità pubblica e universalistica- aggiungono presidente e assessore- per la cui difesa continueremo a batterci e a investire, attraverso



piani di programmazione edilizia ma anche attraverso la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza, che siamo fiduciosi potrà diventare un punto di riferimento a livello nazionale”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

SUICIDIO ASSISTITO**Inchiesta sull'Asl
Umbria1, paziente
in attesa dal 2022**

■ ■ Aperta un'inchiesta sull'Asl Umbria 1 per i ritardi e le omissioni denunciati dalla signora Laura Santi nell'iter di accertamento delle sue condizioni di salute, passo necessario - come stabilito dalla Corte costituzionale - per poter accedere al suicidio medicalmente assistito da lei richiesto. Il pubblico ministero aveva chiesto l'archiviazione dell'esposto presentato dalla signora affetta da una forma progressiva di sclerosi multipla. Ma la Gip di Perugia, Natalia Giubilei, ha rigettato la richiesta e accolto l'opposizione presentata dai legali, le avvocate Filomena

Gallo e Francesca Re, rispettivamente segretaria e membro di giunta dell'Associazione Coscioni. È dall'aprile 2022 che la signora Santi attende di essere sottoposta alle verifiche previste dalla sentenza della Consulta del 2019, per l'accesso alla morte assistita, «ma non ricevendo risposte aveva inviato una serie di diffide, a seguito delle quali era stata sottoposta alla verifica delle condizioni e a dicembre 2022 aveva ricevuto la relazione medica incompleta», riferiscono le legali. Mancava «il parere del comitato etico e la procedura relativa-

mente al farmaco e alle modalità di autosomministrazione». La Gip ha quindi disposto alcune indagini e acquisizioni documentali che ora la Procura dovrà fare.



A caccia di medici anche sui social

Annuncio su Facebook e Instagram di una cooperativa per dottori «a gettone»
Compenso da 50 e 60 euro l'ora per turni da 12 ore

Nonostante il monito della Corte dei conti aumentano le prestazioni a «nolo» nelle Asl Lazio al quarto posto con 13 milioni di spesa

ANTONIO SBRAGA

••• «Aaa medici cercasi», ora finanche sui social network. La società che si è aggiudicata gli appalti per la fornitura dei camici bianchi "gettonisti" nei 10 Pronto soccorso carenti di personale sanitario dell'Asl Roma 5 e dell'Asl Frosinone, infatti, adesso cerca di arruolare i medici direttamente su Facebook e Instagram pur di riuscire a coprire i turni vacanti nelle strutture d'emergenza-urgenza. «Per ampliamento organico si cercano medici per la copertura di H24 per i seguenti servizi- ha scritto la Dea Medical Consulting, una società di Monte Compatri-Turni da 12h diurni e/o notturni Reparto Medicina Urgenza Ospedale di Aprilia. Pagamento: 50 euro l'ora con Partita Iva a 45 giorni dall'emissione fattura. Nei Pronto Soccorso delle Asl Frosinone e Asl Roma 5 Pagamento: 60 euro l'ora con Partita Iva a 45 giorni dall'emis-

sione fattura. Requisiti: specialisti e/o specializzandi in medicina emergenza-urgenza, medicina interna, equipollenti e/o affini. Candidatura: Curriculum Vitae a: deamedical@yahoo.com».

Il mese scorso l'Asl Roma 5, che ha cinque Pronto soccorso nel quadrante est dell'hinterland capitolino (Tivoli, Colleferro, Palestrina, Monterotondo e Subiaco), «stante il perdurare dell'assenza di personale medico dipendente da assegnare presso i Pronto Soccorso aziendali», ha aggiudicato il «servizio di guardia attiva di Pronto soccorso diurna e notturna con turni di 12 ore occorrente al Dipartimento di Emergenza per il periodo di 6 mesi alla Dea Medical Consulting Srl di Montecompatri». Ogni turno di 12 ore costa mille e 20 euro (per una spesa mensile complessiva di 183mila euro) all'Asl, che ha fatto ricorso ai gettonisti anche per coprire le carenze dei pediatri (importo presunto di 378mila euro). Mentre il conto annua-

le del 2023 per i gettonisti, ingaggiati precedentemente da una cooperativa emiliana, è arrivato a un milione e 195mila euro. Anche nell'Asl Frosinone si andrà avanti con 2600 ore mensili di medici "gettonisti" sino al prossimo settembre per una spesa annuale stimata in 2 milioni e 746mila euro. Ma sono complessivamente almeno cinque le Asl laziali a far ricorso ai medici esterni a "noleggio". E a queste aziende la Corte dei conti ha già richiesto il mese scorso tutta la documentazione relativa ai vari affidamenti che, negli ultimi 8 mesi, hanno superato gli 8 milioni di euro.

Al Grassi di Ostia la gara annuale, bandita dall'Asl Roma 3 nel luglio scorso, è da 650mila euro (oltre alla spesa per gli ortopedici a gettone: altri 130mila ad una cooperativa che «ha offerto il miglior prezzo pari ad euro 100 per ora-uomo»). Mentre nell'Asl Latina l'affidamento del servizio di co-

pertura turni per la durata di 6 mesi nell'agosto scorso ha avuto un importo di 850mila euro. E anche nell'Asl Viterbo l'appalto ha un importo complessivo di 652.500 euro, «pari a 7.500 ore annuali per un importo orario unitario di 87 euro».

Secondo i calcoli dell'Autorità nazionale anti corruzione (Anac), per l'affitto di medici e infermieri negli ultimi 5 anni si sono spesi 1,7 miliardi di euro in tutta Italia. Il Lazio figura 4° Regione per spesa relativa a medici e infermieri (13 milioni di euro) mentre è 7° nella classifica generale che ingloba anche la spesa per i gettoni di tutto il personale (oltre 40 milioni di euro).



1,7 miliardi

La spesa per medici e infermieri a gettone degli ultimi cinque anni in Italia. Il Lazio è la quarta regione nella classifica nazionale a farne uso



Testo presentato da Marotta (Avs) e Tidei (Iv). Attesa ora la calendarizzazione in Aula

Fine vita e suicidio assistito Proposta di legge alla Pisana

••• Il Consiglio regionale del Lazio, così come quelli di altre 14 Regioni, discuterà la proposta di legge sul fine vita dell'associazione Luca Coscioni e chiamata «Liberi Subito». Non essendoci una legge nazionale sul suicidio assistito, infatti, la materia oggi è regolamentata dalla sentenza 242 del 2019 della Corte costituzionale, che si era pronunciata sul caso «Cappato/Antoniani», e che di fatto ha legalizzato l'accesso alla procedura solo a fronte di precise condizioni di salute. Non vengono però garantiti tempi certi, e proprio della definizione di procedure e tempistiche dei Servizi sanitari si discuterà anche nel Lazio, con l'esame della proposta di legge presentata dai consiglieri Tidei di Italia viva e Marotta di Alleanza verdi e sinistra, poi sotto-

scritta anche dai consiglieri del Pd Valeriani, Mattia, Battisti, Panunzi e Droghei, e quelli del Movimento 5 stelle Novelli e Zuccalà. Sarà ora la conferenza dei capigruppo a stabilire i tempi di calendarizzazione.

«L'assenza di una legge nazionale ha fatto sì che ogni Asl abbia dovuto decidere in autonomia - sottolinea il consigliere Marotta - Per questo un intervento in materia è necessario al fine di garantire l'accesso a un diritto già sancito». Obiettivo della proposta è, dunque, quello «di garantire alle persone malate che intendono accedere al suicidio assistito la necessaria assistenza sanitaria» e «garantendo che il diritto all'erogazione del trattamento è individuale e inviolabile e che non può essere limitato, assoggettato a condizioni o altre forme

di controllo ulteriori e diverse da quelle previste dalla proposta di legge». Nel testo si spiega che, fino all'entrata in vigore di una legge statale, potranno accedere «alle prestazioni e ai trattamenti» le persone «affette da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che le stesse reputano intollerabili; tenute in vita da trattamenti di sostegno vita-

le; pienamente capaci di prendere decisioni libere e consapevoli; che esprimono un proposito di suicidio formatosi in modo libero e autonomo, chiaro e univoco». Questi requisiti verranno verificati da una commissione multidisciplinare permanente composta da un medico palliativista; un neurologo; un medico psichiatra; un anestesista; un infermiere e uno psicologo, che dovranno rispondere all'istanza del cittadino entro venti giorni. «È un testo che tutela le persone che richiedono l'accesso al trattamento fine vita e le Asl e il personale medico chiamate a prendere decisioni in merito - sottolinea la consigliera Tidei - Facciamo appello al presidente del Consiglio regionale per calendarizzare al più presto in Aula la proposta di legge, essendo già scaduti i novanta giorni dal deposito, e facciamo appello alla sensibilità di tutte le forze politiche per un dibattito che si attesti al merito».

FRA. MAR.

Commissione medica

Dovrà verificare entro 20 giorni dalla presentazione dell'istanza la presenza dei requisiti per accedere al trattamento

Assemblea
L'Aula della Pisana in cui si riunisce il Consiglio regionale del Lazio



Report di Tor Vergata Lazio bocciato sull'assistenza

Sbraga a pagina 19



CLASSIFICA DELLA SANITÀ

I ricercatori del Crea hanno valutato la performance dei servizi. «Bollino rosso» per tutti i parametri socio-assistenziali

Rimandati a settembre

Nel report stilato dall'università Tor Vergata il Lazio si piazza all'undicesimo posto tra le Regioni Guadagnate tre posizioni rispetto al 2022 ma sette indicatori sono inferiori alla media nazionale

ANTONIO SBRAGA

••• Il Servizio sanitario Lazio ha chiuso il «campionato» 2023 all'undicesimo posto in classifica. Se fosse una squadra di serie A, infatti, con il suo indice di performance di 0,42 figurerebbe nella stessa posizione del Monza: equidistante sia dalla testa (a dieci posizioni dal capolista Veneto con 0,59) e ad altrettante dieci distanze dalla maglia nera (la Calabria con indice 0,30). Questa la graduatoria stilata dal rapporto Crea sanità dell'università Tor Vergata sulle performance regionali. Nella quale «otto Regioni sono «promosse» (di cui tre a pieni voti), sette «rimandate» e sei «bocciate» alla prova delle performance valutate su sei dimensioni: appropriatezza, equità, sociale, esiti, economi-

co-finanziaria, innovazione», scrivono i ricercatori del Crea. E in questo indice di performance il Lazio figura tra le Regioni «rimandate», anche se ha scalato tre posizioni in classifica (nel 2022 chiuse al 14° posto). «Nel 2023 Veneto, Trento e Bolzano hanno ottenuto il miglior risultato (con punteggi che superano la soglia del 50% del risultato



massimo ottenibile, rispettivamente: 59%, 55% e 52%). Toscana, Piemonte, Emilia-Romagna, Lombardia e Marche vanno abbastanza bene, con livelli dell'indice di performance compresi tra il 47% e il 49%. Le buone notizie finiscono qui - avvertono i ricercatori del Crea - se Liguria, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Umbria, Molise, Valle d'Aosta e Abruzzo raggiungono livelli di performance abbastanza omogenei, seppure inferiori, compresi nel range 37-43%, Sicilia, Puglia, Sardegna, Campania, Basilicata e Calabria, hanno livelli di performance inferiori al 32%. In sostanza la valutazione divide in due l'Italia, con circa 29 milioni di cittadini nelle prime otto Regioni che possono stare relativamente tranquilli e altri 29 milioni nelle Regioni rimanenti che potrebbero avere serie difficoltà nei vari aspetti delle dimensioni considerate». E il Lazio figura nell'altra metà della penisola, quella a rischio-difficoltà, anche perché lo scorso anno il sistema sanitario regionale ha fatto registrare sette indicatori inferiori alla media nazionale e cinque superiori. Il suo «peggiore indicatore» è relativo al «tasso di assistiti in residenze e semi-residenze», mentre il

«migliore indicatore» laziale riguarda la «percentuale di famiglie soggette a spese sanitarie catastrofiche». Però tutti i tre indicatori sociali nel Lazio sono da bolino rosso: risultano insufficienti sia la «quota di persone disabili o anziani con assistenza domiciliare integrata con servizi sanitari», che la «quota di persone deboli o a rischio con interventi per l'integrazione sociale», oltre al «tasso di over 75 anni non autosufficienti in trattamento socio-sanitario». Ma nel Lazio sono stati giudicati inadeguati anche il «tasso di anziani trattati in assistenza domiciliare integrata», così come l'indice di «implementazione della rete oncologica» e il «tasso di difficoltà di accesso ad alcuni servizi (farmacie, Pronto soccorso)». In tutta Italia, conclude il Crea sanità, «dall'inizio dello scorso anno a oggi non c'è ancora stato il necessario miglioramento delle performance regionali che avrebbe consentito di evitare disomogeneità e disuguaglianze nell'assistenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I primi della classe

Nella parte alta della graduatoria Veneto, Trento e Bolzano, Toscana, Piemonte, Emilia Romagna

29

Milioni
Gli italiani che vivono nelle Regioni che registrano più difficoltà nell'efficienza del Sistema sanitario

Pronto soccorso

Giudicato inadeguato anche il tasso di difficoltà di accesso alle strutture d'emergenza e alle farmacie

Ospedale
L'accesso al Pronto soccorso del Grassi di Ostia



CORTE DEI CONTI

Medici e rifiuti, milioni di danni

Sonora bacchettata dei magistrati contabili all'Ama sull'affitto di 28mila cassonetti costati 19 milioni, conveniva comprarli

Sotto i riflettori anche la gestione Tari affidata a un pool di banche e le consulenze esterne dell'azienda

*Dalle mascherine ai furti di farmaci fino all'acquisto di vaccini scaduti
Il procuratore: «Associazione a delinquere»*

••• Impietosa fotografia quella scattata dalla Corte dei conti all'apertura dell'anno giudiziario. Danni erariali per milioni. Denunciato il male endemico degli enti locali: la corruzione.

Ferro e Sbraga alle pagine 16 e 17

CORTE DEI CONTI

Durissimo il procuratore del Lazio, Paolo Crea che parla di «associazione a delinquere dai medici della Asl ai funzionari Inps

I furbetti della mala sanità

Dalle mascherine ai vaccini antinfluenzali scaduti, fino al furto di farmaci e ricettari

ANTONIO SBRAGA

••• Non solo malasanità, ma anche la "mala" nella sanità: c'è pure un'associazione a delinquere di furbetti del tesserino da invalido civile, infatti, insieme ai ladri di medicine e ricettari (per prescrivere farmaci-stupefacenti senza limiti) e finanche i falsificatori di certificati necroscopici. Sono i camici bianchi-sporchi finiti sotto la lente della Procura della Corte dei conti lo scorso anno nel Lazio. Una Regione che, dopo essere stata "smascherata" dallo scandalo-mascherine in pieno-Covid per danni contestati da oltre 22 milioni di euro, ha visto anche la sua Asl più grande buttare quasi mezzo milione di euro di vaccini antinfluenzali scaduti a causa degli ordinativi sproporzionati effettuati dall'azienda sanitaria. Questo il quadro

a tinte fosche sul versante sanitario emerso ieri dalla relazione del procuratore regionale facente funzioni,

Paolo Crea, nel corso della cerimonia d'apertura dell'anno giudiziario nel Lazio. Una Regione nella quale «ancora sono presenti attività che riguardano il periodo dell'emergenza Covid. In particolare - ha ricordato il procuratore Crea - è stato emesso l'invito a dedurre per l'acquisto delle mascherine da parte

del Dipartimento della Protezione Civile per un danno contestato di 10,8 milioni. Mentre si è in attesa della definizione del giudizio che ha ancora riguardato l'acquisto di mascherine da parte della Regione Lazio per un danno di 11.776.662 euro».

Poi ci sono danni "minori", ma solo negli importi, perché «di grande disvalore sociale - ha sottolineato Crea - creati dall'associazione a delinquere costituita da medici della Asl e da funzionari dell'Inps, finalizzata all'illecita gestione delle pratiche di riconoscimento dell'invalidità civile e dei benefici previsti dalle leggi 118 e 104, nonché il rilascio di falsi certificati necroscopici. Il danno è stato quantificato in

192.915 euro». Per non parlare dei "ladri" di medicine e ricettari: è stata scoperta una «sottrazione fraudolenta di farmaci, nella specie dall'Azienda Ospedaliera Policlinico Umberto I, per un danno accertato con sentenza n. 86/2023 di 231.267 euro». Poi c'è un caso da commedia all'italiana, con una montagna di prescrizioni a sua insaputa, ma più da pusher che da camice bianco, truffato da un collega senza scrupoli: è la «vicenda di iperprescrizione di farmaci stupefacenti da parte di un medico dell'Asl Roma 1 che si era appropriato di un ricettario altrui causando un danno accertato con sentenza n. 235/2023 di 189.476 euro». Infine il caso che ha «riguardato la Regione Lazio- ASL/RM2 per le responsabilità dovute all'acquisto in misura superiore alle necessità di vaccini antinfluenzali, poi inutilizzati perché scaduti. Il danno contestato è di 490.440 euro», ma la Procura ha poi disposto «l'archiviazione per carenza di colpa grave nelle condotte degli operatori sottoposti ad indagine».

