

29 aprile 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

S
I
R
A

Il Sole **24 ORE**

Servizio | **Il debutto**

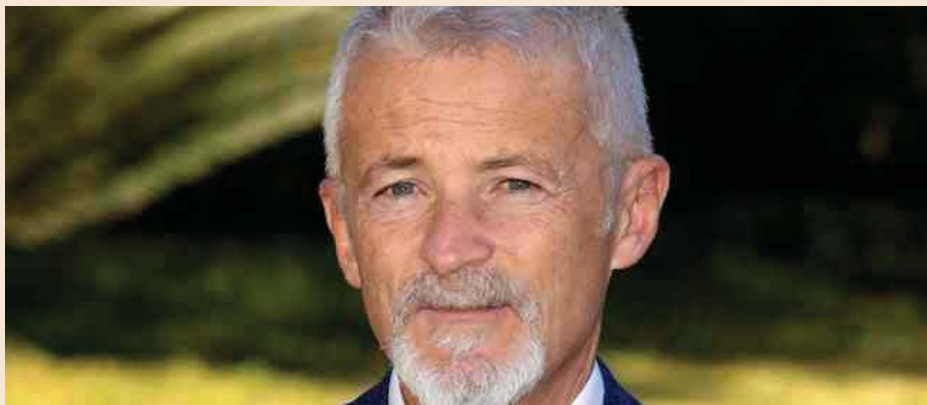


Disco verde a pedagogisti ed educatori socio-pedagogici: avranno il proprio albo

Dal prossimo 8 maggio via al nuovo ordine professionale. A sancirlo è la legge 55/2024 che delinea anche i compiti, le competenze e i requisiti per l'esercizio della professione

di Redazione Scuola

24 aprile 2024



▲ Giovanni Costantino



🕒 1' di lettura



Dal prossimo 8 maggio i pedagogisti e gli educatori professionali socio-pedagogici avranno il proprio ordine professionale. A sancirlo è la legge 55/2024 che delinea anche i compiti, le competenze e i requisiti per l'esercizio della professione. «Si tratta di un riconoscimento ufficiale delle professioni pedagogiche e educative atteso da tempo e che finalmente allinea l'Italia agli standard europei - commenta Giovanni Costantino, giuslavorista e responsabile relazioni sindacali [Aris](#) (Associazione

religiosa istituti socio-sanitari). L'istituzione dell'ordine professionale per i pedagogisti e gli educatori socio-pedagogici - prosegue - darà maggiore dignità a figure professionali che svolgono da anni un ruolo chiave nei presidi e nei servizi socioassistenziali e sociosanitari, senza sovrapporsi alla diversa funzione dell'educatore sociosanitario appartenente alla differente area delle professioni sanitarie della riabilitazione».

La recente legge, pubblicata oggi in Gazzetta Ufficiale, prevede che questo nuovo ordine sia articolato su base regionale e che il compito di provvedere alla formazione concreta degli albi sia affidato ad un commissario, nominato dal presidente del Tribunale dei capoluoghi delle regioni e delle province autonome entro il prossimo 8 giugno, individuato tra i magistrati in servizio. In fase di prima attuazione, l'iscrizione ai nuovi albi è consentita, a partire dalla data di nomina del commissario, a tutti coloro che siano attualmente in possesso dei requisiti per l'esercizio delle relative professioni.

NOMINA

Ordine di Malta: Acismom, Edoardo Bellomo nuovo direttore generale delle strutture sanitarie

24 Aprile 2024 @ 14:41

Edoardo Bellomo nuovo direttore generale delle strutture sanitarie dell'Ordine di Malta in Italia. Lo ha nominato il Consiglio direttivo dell'Associazione dei Cavalieri italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (Acismom), presieduto da Lorenzo Borghese. In questo suo nuovo incarico Edoardo Bellomo sarà responsabile della gestione dell'ospedale San Giovanni Battista a Roma – specializzato nella riabilitazione motoria e neurologica – e dei 13 ambulatori, centri antidiabete e odontoiatrici che l'Ordine di Malta gestisce in Italia. Assumerà il nuovo incarico dal 2 maggio 2024. Dal febbraio del 2020 ad aprile 2024 ha ricoperto l'incarico di direttore centrale dell'Amministrazione Finanza e Controllo della Provincia Romana dei Religiosi Camilliani. Attualmente segretario regionale di [Aris](#) Lazio (Associazione religiosa Istituti socio-sanitari), l'associazione rappresentativa delle principali realtà sanitarie nazionali e regionali, di natura privata religiosa, Bellomo giunge da lunga esperienza nel settore sanitario maturata in ruoli di alta responsabilità presso l'Ospedale pediatrico Bambino Gesù, il Gruppo Idi Sanità e la Provincia Romana dei Religiosi Camilliani. Bellomo ha 38 anni. Laureato in Giurisprudenza presso l'Università degli studi Roma Tor Vergata, ha conseguito un master in Business Administration (Mba) presso la Luiss Business School dove nel 2023 ha anche seguito il corso di Perfezionamento universitario per la formazione manageriale dei direttori generali di Azienda sanitaria ed enti del Ssn. L'Associazione dei Cavalieri italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta svolge assistenza sanitaria sul territorio italiano fin dal 1877, anno della sua fondazione. Oggi l'assistenza viene fornita attraverso l'Ospedale San Giovanni Battista, nel quadrante Sud Occidentale di Roma, specializzato nella riabilitazione motoria e neurologica. Con i suoi 220 posti letto, l'Ospedale gestisce oltre 2.400 ricoveri l'anno in cooperazione con il Servizio sanitario nazionale.

la PORTA è di CASA



AGOPROFIL
PORTE APENSATE

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 29 aprile 2024

Oggi con Affari & Finanza

la PORTA è di CASA



AGOPROFIL
PORTE APENSATE

La libertà di espressione è un diritto inalienabile. In questo spazio si riconosce la libertà di espressione.

Annuncio N° 10 - la Repubblica €1,70

PARTE LA CAMPAGNA DI FDI

Duello per l'Europa

Meloni a Pescara presenta la sfida come un referendum su se stessa: sarò capolista ovunque, votatemi scrivendo Giorgia E incalza l'assente Salvini: ci preferisce il ponte. La Russa a Vannacci: "Dici sciocchezze". Deboli le liste dei 5S senza big
Schlein: premier fuori dalla realtà, noi saremo in ospedali e fabbriche

L'editoriale

La comunione pagana della leader

di Ezio Mauro

La seconda metamorfosi di Giorgia Meloni è avvenuta ieri, davanti alla platea di Fratelli d'Italia in piedi che scandiva il suo nome, dopo la decisione di candidarsi capolista in tutte le circoscrizioni, "perché un soldato, quando è il momento, ubbidisce e va in battaglia". La prima, da capo-partito a Premier, l'avevano decisa gli elettori; questa l'ha suggerita l'ideologia conservatrice e rivoluzionaria che anima la presidente del Consiglio: "alzare la posta" e uscire dai confini nazionali, proponendosi come soggetto sovversivo degli equilibri europei con un nuovo modello di destra radicale costruito sulla tradizione, la famiglia, la generazione, la fede" per sconfiggere la sinistra e mandarla all'opposizione, risvegliando il "continente dormiente" con l'indicazione del suo vero destino, mettendo fine a questa lunga notte europea.

• a pagina 25

dal nostro inviato Emanuele Lauria

PESCARA - Alla ruffa di Fratelli d'Italia ha vinto lei: «Salvini ha fatto il ponte» era la frase che valeva di più, nella fanta-convention del partito mutato dal fanta-Sanremo, un gioco segreto fra dirigenti e parlamentari.
di De Cicco, Ferro e Milella
• alle pagine 2, 3, 4
Con un commento di Folli
• a pagina 25



▲ Giorgia Meloni

Il sondaggio

La Lega di domani Pesa il rischio flop ma il Capitano regge

di Ilvo Diamanti
• a pagina 5

Francesco tra la Biennale e l'incontro con le detenute



▲ Venezia Papa Francesco davanti a Santa Maria della Salute

Il Papa: "Venezia può sparire, curiamola"

dal nostro inviato Iacopo Scaramuzzi • a pagina 19

Inchieste

Disagio giovanile a scuola i racconti di ragazzi e prof

di Maria Novella De Luca e Ilaria Venturi



«Siamo malati di ansia», «Abbiamo il diritto di stare bene», «Vogliamo gli psicologi a scuola», «Curateci». Era il 2021 e con le prime manifestazioni dopo la chiusura del Covid migliaia di studenti tornavano nelle strade.
• alle pagine 22 e 23

Più sbarchi al Nord i paradossi della lotta alle ong

di Alessandra Ziniti
• a pagina 21

Mappamandi

Disinformazione, Russia, Iran e Cina armano i troll

di Alberto D'Argenio e dal nostro inviato Paolo Mastrolilli



Sono almeno una decina, i siti legati ai servizi segreti russi che il dipartimento al Tesoro americano ha sanzionato perché pubblicano disinformazione, e da tempo stanno prendendo di mira il governo italiano.
• a pagina 10

Usa, a Columbia chi usa il dissenso alimenta le paure

di Alexander Stille
• a pagina 15

La liquidità che cercavi per far volare in alto la tua impresa

VIVIBANCA



www.vivibanca.it
vivifinance@vivibanca.it

Messaggio pubblicitario con finalità promozionale. Per tutte le condizioni contrattuali ed economiche consultare i Fogli Informativi disponibili nella sezione Trasparenza sul sito www.vivibanca.it e presso le Filiali, gli Agenti e i canali Finanziaria e Mutualità Creditizi che ne possiedono tutti e due i prodotti.

Lo scudetto all'Inter



Marea nerazzurra, si festeggia tra mucche e trattori

di Franco Vanni
• a pagina 32

La confessione



Franco Di Mare: il mio tumore e la Rai ripugnante

di Andrea Silenzi
• a pagina 29

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campana 29 C - Tel. 06 688291

DEL LUNEDÌ

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

VALLEVERDE logo and brand name.



Le cicatrici del Covid
Troppo pathos
Siamo in trappola
di Susanna Tamara
alle pagine 26 e 27



Il nuovo spettacolo
I boss e il sesso
Saviano a teatro
di Emilia Costantini
a pagina 29

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY logo and image of shoes.

Meloni si candida: votate Giorgia

La premier capolista alle Europee in tutte le circoscrizioni. Schlein: ormai è fuori dalla realtà

UN'ITALIA SENZA LIMITI
di Mario Monti

Due passaggi parlamentari avvenuti in rapida successione la settimana scorsa hanno offerto l'immagine plastica di un poderoso uno-due assestato dall'Italia sul ring dove si valuta la credibilità di ciascun Paese della Ue. Purtroppo, nessuno aveva avvisato l'Italia che il suo avversario, contro il quale essa si è accanita con successo, era l'Italia stessa.

Martedì nel Parlamento europeo si è votato sul nuovo patto di stabilità e di crescita. Mercoledì nel Parlamento italiano si è votato sul Documento di economia e finanza. Procediamo a ritroso. In realtà, la Camera e il Senato non sono stati chiamati a votare veramente sul Def, che il governo ha deciso di non presentare nella forma consueta, ma a partecipare a un esercizio di sospensione, trattenendo il fiato. Una sospensione dovuta in parte ad alcuni oggettivi elementi di incertezza del quadro istituzionale e politico europeo. Ma la parte più insidiosa del clima di sospensione è — ahimè — made in Italy, fatta in casa. E ha due componenti: una componente generata nel passato e una componente che, temo, stiamo generando in questi mesi e in questi giorni, convinti forse di fare l'interesse del nostro Paese. La componente generata nel passato è naturalmente il debito pubblico.

continua a pagina 24

di Paola Di Caro e Monica Guerzoni

La premier Meloni si candida come capolista alle Europee. «Mandiamo la sinistra all'opposizione anche in Europa, come in Italia — ha detto dal palco di Pescara, dove ha chiuso la conferenza programmatica di Fdi —. Sulla scheda scrivete solo Giorgia». Per Schlein la premier ha «perso il senso della realtà» parlando per un'ora senza citare la sanità pubblica e le infinite liste d'attesa, i salari bassi, la precarietà o la sicurezza sul lavoro. Intanto, mentre parte della Lega critica Vannacci, Salvini blinda il generale e domani sarà con lui sul palco.

da pagina 2 a pagina 9

LA RALLE GUEIRE L'AMIANTO
Franco Di Mare:
«Non respiro, sto morendo»

di Giovanna Cavalli



«Mi resta poco da vivere, ma non ho paura. Il 28 luglio compirò 69 anni, non so se ci arrivo. Forse sì. Sono sereno... Mi spaventa l'idea della sofferenza». Racconta così, dosando il respiro, Franco Di Mare, 68 anni, ex inviato di guerra e conduttore tv. Accanto una grossa bombola con le rotelle che lo segue ovunque vada, nel naso un tubicino trasparente: «è il mio polmone, ora». Le parole per dirlo, il titolo del suo libro che esce domani.

la pagina 19

GIANNELLI

PER SALVINI VANNACCI DIVENTA UN PROBLEMA



alla fine gli ci vorrà l'insegnante di sostegno

L'OMAGGIO AL LEADER DEL PCI
Tutti in piedi per Berlinguer

di Paolo Conti

Standing ovation della platea di Fdi a Enrico Berlinguer e l'elogio pubblico che Ignazio La Russa dedica al leader del Pci: «Anche noi onoriamo la sua figura». Gli incontri segreti, il rapporto con Almirante. alle pagine 2 e 3

IL DECRETO LAVORO
Assunzioni con superbonus

di Andrea Ducci

In vista del primo maggio il governo è pronto a varare una maxi deduzione fiscale per le aziende che assumono. Nell'immediato a beneficiarne potranno essere circa 350 mila imprese. a pagina 9

Scudetto La parata della squadra da San Siro al Duomo



La festa dei 300 mila
L'Inter colora Milano

di Beppe Severgnini

Festa di bandiere, slogan, sfottò ai cugini milanesi, due stelle. E due colori, il nero e l'azzurro. I bus scoperti, a passo d'uomo, in corteo con tutta l'Inter hanno «danzato» tra la folla di oltre 300 mila tifosi «padroni» di Milano. alle pagine 30 e 31 M. Colombo, Guzzi, Tomaselli

LA VISITA A VENEZIA
Il Papa ai giovani
«Alzatevi, non restate sul divano»

di Gian Guido Vecchi



In Laguna la prima visita di Francesco dopo i malanni che lo hanno trattenuto a Roma. «Siate belli come Venezia — il messaggio del Papa ai giovani — senza temere le vostre fragilità. Alzatevi e state in piedi di fronte alla vita, non restate sul divano».

a pagina 17 Bottazzo

I FALDI DELLE GENERAZIONI
Campus e Gaza, perché non sarà un altro '68

di Federico Rampini

Classe 2024 o Generazione Gaza? La protesta dei campus universitari americani si allarga. Era cominciata negli atenei di élite frequentati soprattutto da privilegiati: Columbia, Harvard, Yale.

continua a pagina 24

DATAROOM
Il voto negli Usa, il peso delle etnie

di Milena Gabanelli e Giuseppe Sarcina

I 13% degli elettori Usa sono ispanici, afroamericani e asiatici. Come incidono sul voto le etnie e cosa conta per i poveri. Per le donne, l'aborto.

a pagina 12

Book cover for 'DUE STELLE NEL CIELO NEROAZZURRO' by Beppe Severgnini.

ULTIMO BANCO
di Alessandro D'Avenia

Amo il calcio da quando sono bambino. L'ho praticato ovunque, dal corridoio al campo, sull'erba o sulla sabbia, in strada o in un parcheggio. Da dilettante, chi si diletta, cioè gode. Amo altrettanto guardarlo, ancor più da quando ho smesso di giocare per la terza frattura al polso sinistro («La prossima volta non lo recuperiamo», mi ha detto il chirurgo), cicatrici che non cancellerei in cambio di una vita senza calcio. Pasolini giocava come ala e faceva un tifo sfrenato per il Bologna: per lui il calcio conservava il sacro popolare più delle messe (allo stadio la gente si stringe con più verità che al segno della pace). Saba, conquistato dall'atmosfera del tifo, ne scrisse in poesia. Luzi ne dedicò una struggente al grande Torino scomparso

Giocarsi la vita



nel disastro aereo di Superga. La leva calcistica del '68 di De Gregori mi fa ancora sognare. Le ragioni di questo amore per il calcio mi si sono chiarite una volta di più nel finale del recente derby tra Milan e Inter, che ha attribuito lo scudetto alla squadra supportata da mio padre, mentre io, «guidato» dal miel fratello all'età di 5 anni, mi schierai dal lato opposto. A dieci minuti dal termine della partita, che l'Inter conduceva per 2 a 0, il Milan ha segnato. Il commentatore ha urlato: «Si riapre la partita» e a me si è riaperto il cuore, come se si trattasse della vita stessa. Qual è il segreto del giocare e in particolare al calcio?

Come tutti i giochi anche il calcio mostra ciò che è umano nell'uomo.

continua a pagina 23

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY advertisement with a woman sitting on a chair.

40429
9 771120 491008

LA CULTURA

Lo scempio di Piazzale Loreto uno spartiacque tra due ere

GIOVANNI DEL LUNA - PAGINA 23

IL MOTOMONDIALE

Bagnaia-Marquez, che lotta Pecco vince il roдео di Jerez

MATTEO AGLIO - PAGINA 29

IL CALCIO

Toro ko, Juric al capolinea il futuro tra Palladino e Italiano

BRUSORIO, BUCCHERI, SCACCHI - PAGINE 26 E 27



LA STAMPA

LUNEDÌ 29 APRILE 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N. 118 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-T0 II www.lastampa.it

GNN

INTERVISTA AL MINISTRO DELL'INTERNO. CORTEO AL G7 DI TORINO: I PRO PALESTINA BRUCIANO LE FOTO DEI LEADER

Piantedosi: "Proteste, no a leggi speciali"

LA GIUSTIZIA

Calamandrei ha ragione ai giudici serve l'anima

DONATELLA STASIO

«Non sappiamo che farene dei giudici di Montesquieu, etrés inanimés fatti di pura logica. Vogliamo i giudici con l'anima», scrive Piero Calamandrei. - PAGINA 21



FRANCESCO OLIVO

Matteo Piantedosi chiede di evitare allarmismi sui cortei esoprattutto sui rischi del terrorismo. - PAGINA 9

LA DENUNCIA DEL PROCURATORE GRATTERI

"I boss si telefonano dalle carceri"

GIUSEPPELEGATO

Difficile accettare che «detenuti di mafia organizzino chiamate collettive anche da carcere a carcere mentre fuori si conduce una battaglia per arginare profitti e reati delle organizzazioni». E ancora: «È ormai più facile gestire una piazza di spaccio in carcere che fuori». Il procuratore di Napoli Nicola Gratteri parla apertamente di «fallimento» del sistema carcerario italiano, ridotto ormai a un colabrodo. - PAGINA 17

MELONI SI CANDIDA ALLE EUROPEE: MANDIAMO LA SINISTRA ALL'OPPOSIZIONE. SCHLEIN: DISCORSO FUORI DALLA REALTÀ

"Sulla scheda scrivete Giorgia"

Salvini domani sul palco con Vannacci. La Russa attacca: "Il generale dice solo scioecchezze"

CAPURSO, DIMATTEO, LOMBARDO, SPINI

Il colpo di scena arriva alla fine del comizio, quando la premier annuncia che per votarla alle Europee basterà scrivere "Giorgia" sulla scheda. Sequel di quanto detto sul palco di piazza San Giovanni nel 2019, «Io sono Giorgia, sono una madre...». - PAGINE 2-6 (CON UN COMMENTO DI PANARARI - PAGINA 2)

IL COMMENTO

Quel salto di qualità del partito personale

FLAVIA PERINA

L'Europa come un circolo di burocrati dominato da Francia e Germania, il «superstato che dietro le quinte si mette d'accordo su come depredare gli altri Stati europei». - PAGINA 3

L'ANALISI

Se la premier sospende la stagione dell'elmetto

ALESSANDRO DE ANGELIS

L'elmetto, inteso come postura esasperata e belligerante, stavolta non c'è, nel discorso pescarese di Giorgia Meloni, che di programmatico ha poco, di politico molto. - PAGINA 21

LA STORIA

"Nostro figlio disabile salvato dai compagni"

FILIPPO FIORINI

Alfonso Mollica e Anna Simonette hanno visto Francesco, il loro figlio malato di tetraparesi spastica, attraversare con successo tutto il percorso scolastico. - PAGINA 7

IL DL LOCATELLI

Ma la legge per i fragili è solo una presa in giro

TONINOCCHETTI

Negli scorsi giorni è stata annunciata dal ministro della Legge Locatelli con toni entusiastici la approvazione della legge delega sulla disabilità. - PAGINA 7

FRANCO DI MARE: HO UN MESOTELOIOMA, L'AZIENDA MI HA ABBANDONATO

"Tradito dalla Rai"

FRANCESCA D'ANGELO



"Io, l'ultimo superstite dell'Eternit"

GIULIA DILEO - PAGINA 18

VERSO IL PRIMO MAGGIO

Malpagato e precario per salvare il lavoro serve un nuovo patto tra scuola e imprese

ELSA FORNERO

L'OCCUPAZIONE IN ITALIA



Forse mai come quest'anno, la Festa del Lavoro (e dei Lavoratori) dovrebbe indurre a porre in seconda linea le tradizionali contrapposizioni: governo - opposizione; sindacati - organizzazioni-imprenditoriali, e anche quelle più recenti tra lavoratori immigrati e «nativi»; tra giovani e anziani; tra uomini e donne. - PAGINA 11

LA GUERRA A GAZA

Netanyahu, lo spettro del mandato d'arresto

FABIANA MAGRI

Dall'estrema destra della coalizione, il ministro Bezalel Smotrich ha minacciato di far cadere il governo Netanyahu se il premier annullasse l'operazione militare su Rafah. Gli ha risposto, dal gabinetto di guerra, l'altro Benjamin - Gantz. - PAGINA 12

LA GEOPOLITICA

Pace in Medio Oriente ora servono tre Stati

THOMAS FRIEDMAN

L'offensiva iraniana del 13 aprile contro Israele con missili e droni ha rappresentato un'escalation mai vista che richiede un ripensamento generale da parte di Israele e, più di qualsiasi altra cosa, del suo alleato più importante, gli Usa. - PAGINA 13

AGRI ZOO 2
PET SHOP
WWW.AGRIZOO2.IT

L'INTELLIGENZA ARTIFICIALE

Il potere degli algoritmi non abbiamo capito nulla

LUCIANO FLORIDI

Nell'intelligenza artificiale si parla di allucinazioni per descrivere errori o deviazioni nell'output di un modello rispetto a rappresentazioni fondate e accurate dei dati di input. C'è grande differenza con le nostre allucinazioni, esperienze percettive disturbanti che si sviluppano in assenza di stimoli esterni. - PAGINA 22



LA DIPLOMAZIA TECNOLOGIA

Musk, la missione in Cina per salvare il suo impero

LORENZO LAMPERTI

E' se Antony Blinken, entra Elon Musk. Per come la racconta la Cina: esce la «mentalità da guerra fredda», entra la cooperazione win-win. Dal segretario di Stato all'amministratore delegato di Tesla, Pechino resta crocevia degli interessi strategici e commerciali degli Stati Uniti. - PAGINA 16



TASTE ALTO PIEMONTE
Castello di Novara
11 | 12 | 13 maggio 2024

REGIONE PIEMONTE
ALTO PIEMONTE



Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 138
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c.1 DC/24

NAZIONALE

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](https://www.ilmessaggero.it)

Lunedì 29 Aprile 2024 • S. Caterina da Siena

L'intervista

Nuovo Eraldo Meta

«Un disco, la figlia e il Primo Maggio che gran fortuna»

Marzi a pag. 19



Il campione del mondo risorge

Il sogno di Bagnaia: capolavoro a Jerez battuto Marquez

Arcobelli nello Sport



L'anniversario

L'eterno Senna, mito inimitabile 30 anni dopo la morte a Imola

Sabbatini e Ursicino nello Sport



Il Papa e l'AI

Il primato dell'etica sui sistemi tecnologici

Ruben Razzante

L'annuncio della partecipazione di Papa Francesco ai lavori del G7 in Puglia, a giugno, nella sessione dedicata all'Intelligenza Artificiale (AI), appare un timbro solenne a una trasformazione tecnologica epocale. Per la prima volta nella storia un Pontefice interviene in un vertice del gruppo dei 7 grandi della terra e questo è certamente un motivo d'orgoglio per il nostro Paese, visto che l'evento coincide con l'anno di presidenza italiana.

Papa Bergoglio intenderà portare all'attenzione degli altri leader mondiali l'iniziativa promossa dalla Santa Sede sull'Intelligenza Artificiale con la "Rome Call for AI Ethics", un percorso finalizzato a porre costantemente al centro l'uomo nella sua incommensurabile profondità. Inoltre, il suo intervento al G7 sottolinea una volta di più quanto l'avvento dell'Intelligenza Artificiale equivalga a una sfida epocale di natura antropologica, oltre che tecnologica. Nel dosaggio di rischi e opportunità, essa può incidere sugli equilibri globali ma anche sul percorso realizzativo della personalità degli individui e sullo sviluppo delle società.

Non solo, dunque, l'AI non può prescindere dall'uomo, ma essa deve incentrarsi sull'uomo e rimanere sotto il controllo umano. Per far sì che questo non si riveli solo uno slogan di facciata è fondamentale che alle attente riflessioni intellettuali sull'argomento si associno equilibrati interventi legislativi e una strategia di (...)

Continua a pag. 21

Meloni e la sfida in Europa: «Scrivete Giorgia»

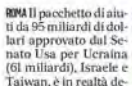
► Il premier si candida Salvini domani a Roma con Vannacci

dal nostro inviato Francesco Bechis

«Sulla scheda scrivete Giorgia». A Pescara Meloni annuncia: «Scendo in campo». A pag. 2
Ajello a pag. 5

L'80% dei 61 miliardi destinato ad aziende Usa

Biden e gli armamenti per Kiev, una spinta all'economia americana



stinato, per l'80%, a rimpiangere le casse delle industrie di armi americane o a finanziare operazioni del Pentagono. Miglionico a pag. 11

La Casa Bianca contraria all'attacco a Rafah

L'assedio a Gaza, Netanyahu rischia di essere arrestato dalla corte dell'Aja

TEL AVIV Un nuovo spettro per il governo israeliano: la possibilità che il procuratore della Corte penale internazionale possa firmare



un mandato di cattura contro Netanyahu. Ieri il colloquio per la tregua a Gaza e lo stop su Rafah con Biden, che media. Genaha a pag. 10

Lavoro, bonus per chi assume

► Decreto in Cdm: sgravi contributivi totali per due anni sui contratti a giovani, donne e al Sud. Voucher e incentivi per chi si mette in proprio. Fondi Ue, riforma e controlli sulle Regioni

A Napoli è 2-2 con l'inglese che torna a segnare dopo un anno



La Roma si aggrappa ad Abraham-gol

Tammy Abraham festeggia dopo aver segnato il 2-2 col Napoli (Foto: Contrasto/LaPresse) Nello Sport

ROMA Pronto il decreto per l'occupazione: bonus a chi assume donne, giovani o al Sud. Bassi e Pacifico alle pag. 6 e 7

Sgomberi più facili se l'abusivo "pesa" sui servizi pubblici

► La Cassazione: «È legittimo liberare un edificio se si rischia un affollamento eccessivo nella zona»

Valeria Di Corrado

Vi libera allo sgombero di un immobile quando gli inquilini che lo occupano abusivamente determinano un «carico urbanistico», gravando sui servizi pubblici del quartiere. Lo ha stabilito la Cassazione. In sostanza, non si può sovraccaricare demograficamente una zona della città in mancanza di servizi adeguati. A pag. 13

Liste d'attesa infinite

Sanità, c'è il decreto per tagliare del 20% ricette e prescrizioni

Mauro Evangelisti

Il decreto è pronto: meno ricette e prescrizioni mediche inutili. A pag. 9

Il report di Mozilla



Troppi dati in mano alle app d'incontri

«Così siamo spiati»

ROMA Anche Cupido ci spia. Secondo Mozilla, le app di appuntamenti non seguirebbero carrette pratiche sulla privacy, raccogliendo più dati di quelli necessari. D'Etorre a pag. 15

COME FEDERICA PELLEGRINI SCEGLI SUSTENIUM PLUS PER LA TUA ENERGIA FISICA E MENTALE!

DAI ENERGIA ALLA TUA ENERGIA.

100 INTEGRATORI ALIMENTARI NON HANNO NESSUN COME SOSTITUTO DI UNA DIETA VARIA, EQUILIBRATA E DI BUONI STILI DI VITA SANI

Il Segno di LUCA

TORO, SULLA SCIA DEL PIACERE

Oggi Venere entra nel tuo segno, essendo il tuo pianeta questo evento è doppiamente favorevole. Anzitutto per quanto riguarda l'amore, si apre per te una fase fortunata e positiva, in cui tutto quello che riguarda questo settore diventa facile, grazie alle benedizioni degli astri. Ora che nel tuo segno si trovano ben quattro pianeti, sei un po' il capitalista dello zodiaco, goditi il privilegio e lascia che sia il piacere a guidarti.

MANTRA DEL GIORNO
La paura in realtà è la nostra ombra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA
L'oroscopo a pag. 21

* Tariffe con altri quotidiani: non allegati (separatamente) con il giornale di Mestre, Lucca, Brindisi e Taranto, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20, la domenica con Fotogramma € 1,40, in Abruzzo, Il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40, nel Mezzogiorno, Il Messaggero - Primo Piano Napoli € 1,50, nelle province di Bari e Foggia, Il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50, "I segreti del barbiere" € 1,50 (solo Roma).

Liste d'attesa infinite

Sanità, c'è il decreto per tagliare del 20% ricette e prescrizioni

Mauro Evangelisti

Il decreto è pronto: meno ricette e prescrizioni mediche inutili. *A pag. 9*

Sanità, stretta liste d'attesa Ricette tagliate del 20%

► Pronto il decreto. L'obiettivo: ridurre la prescrizione di visite e analisi non necessarie ► L'Ordine dei medici non ci sta, Anelli: «No a regole generali sulla salute dei singoli»

IL CASO

ROMA Tra i medici di famiglia la battuta sta circolando: «Hanno trovato la soluzione per ridurre le liste di attesa: tagliare le prescrizioni di visite ed esami. Non riescono ad aumentare l'offerta, allora diminuiscono le richieste dei pazienti». Si tratta di una semplificazione e il piano sulle liste di attesa, anticipato in più occasioni dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, non punta solo al taglio delle prescrizioni inappropriate da parte dei medici di base, ma anche all'aumento delle prestazioni acquisite dagli specialisti del servizio sanitario pubblico ma in libera professione. Inoltre, c'è l'obiettivo di superare il tetto di spesa del personale (ad oggi le assunzioni non possono superare come costo il dato del 2004 ridotto dell'1,4 per cento), ma ancora non è chiaro se questo provvedimento che deve essere approvato dal Ministero dell'Economia sarà già inserito nel prossimo decreto.

L'ANNUNCIO

Ciò che è certo è che finalmente, dopo molti annunci, il decreto sta per arrivare, come ha spiegato sabato il ministro Schillaci: «Lo presenteremo nei prossimi 15 giorni. In Italia si fanno tanti,

troppi esami medici. Vogliamo migliorare l'appropriatezza prescrittiva. Abbiamo la preziosa collaborazione dell'Istituto superiore di Sanità per mettere a punto delle linee guida che siano univoche su tutto il territorio nazionale, che diano certezza ai medici che prescrivono gli esami senza rischiare nulla». La percentuale di prescrizioni inutili è al 20 per cento, dunque questo è l'obiettivo del taglio. Come? Tracciando le prescrizioni per tipologia; fissando dei criteri per valutare, in base al numero dei pazienti, se il totale delle ricette di un singolo medico di base è anomalo (a quel punto interverrà la Regione). In una intervista rilasciata al Messaggero il ministro Schillaci aveva spiegato: «La medicina difensiva è un male. Porta i medici a prescrivere troppi esami, ingolfa le strutture, aumenta le liste di attesa. E le dico da medico: confonde anche il medico curante che da tanti, troppi, accertamenti deve trarre le conclusioni. Bisogna prescrivere a ciascuno solo gli esami di cui il paziente ha realmente il bisogno».

Un altro tassello importante inserito nel decreto riguarderà la trasparenza delle informazioni visto che non esiste un siste-

ma centralizzato in base al quale tenere sotto osservazione il reale andamento delle liste di attesa. Schillaci: «Oggi si legge sul giornale che per fare una risonanza magnetica una signora ha bisogno di un anno e mezzo. Ma dobbiamo tener conto che in Italia non esiste un sistema di monitoraggio delle liste d'attesa. Quando leggiamo alcuni titoli, non abbiamo nessun modo per controllare. Vogliamo che finalmente in Italia, Regione per Regione, con una regia centrale, si possa controllare dove e quali prestazioni mancano».

REAZIONI

Ambulatori aperti più a lungo, prescrizioni acquistate con la formula intramoenia, monitoraggio del fenomeno, nuove assunzioni: sono i contenuti del decreto, ma ciò che fa più discutere



è l'azione contro i medici di base che prescrivono troppe prestazioni. Filippo Anelli, presidente di Fnomceo (Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri): «Questa misura sull'appropriatezza è inapplicabile, già era stata cancellata in passato dalla Corte costituzionale. Non si possono introdurre regole generali, criteri numerici, sulla salute del singolo cittadino. Sono altre le strade da seguire». Dai partiti di minoranza è critico Alessio D'Amato, responsabile nazionale Welfare di Azione: «Un medico prescrive secondo scienza e coscienza e

non si può burocratizzare tutto. Già oggi esistono le commissioni di appropriatezza, vanno messe in condizioni di lavorare. Il problema va affrontato alla radice con più personale e più risorse. Invece si tentano scorciatoie». Schillaci da giorni però sta facendo notare: «Da decenni si parla di liste di attesa, noi stiamo cambiando il sistema».

Mauro Evangelisti

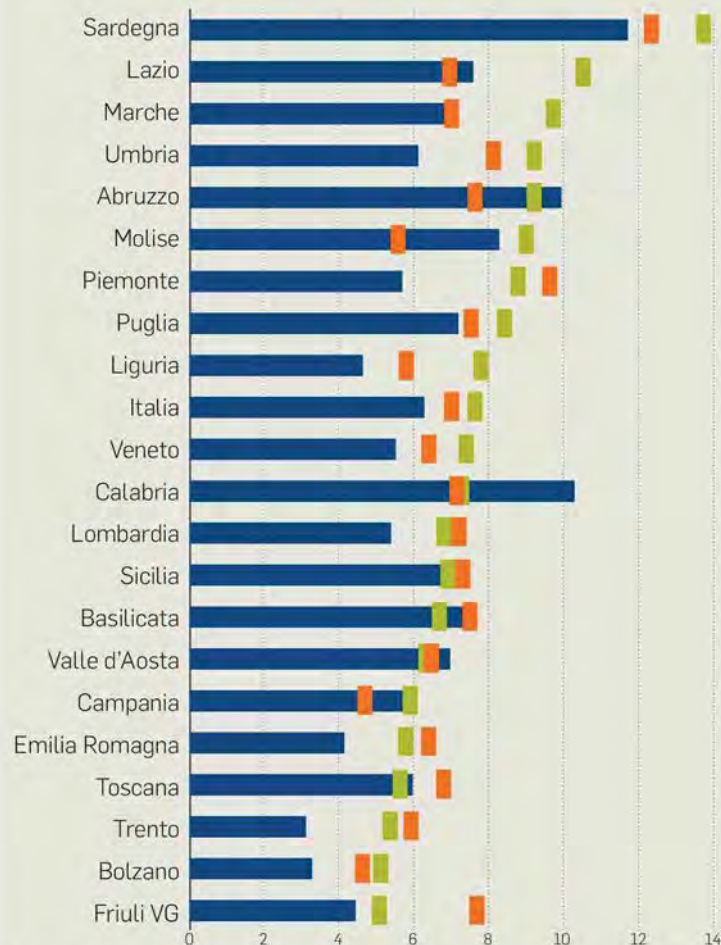
© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE LINEE GUIDA DIRANNO QUANDO VANNO CHIESTI ESAMI E VISITE SPECIALISTICHE E SARANNO COLPITI GLI ECCESSI

PREVISTI ANCHE IL SUPERAMENTO DEL TETTO DI SPESA PER IL PERSONALE E L'ACQUISTO DI PRESTAZIONI EXTRA INTRAMOENIA

Gli italiani che rinunciano alle cure

Valori percentuali ■ 2019 ■ 2022 ■ 2023



Fonte: Indagine Istat, Aspetti della Vita Quotidiana

Withub



Liste di attesa, pronta stretta del 20% sulle ricette in eccesso dei medici

Sanità

Troppe ricette e prescrizioni di visite mediche ingolfano il Servizio sanitario e 3 milioni di italiani rinunciano a curarsi. Il Governo prova a correre ai ripari e nel decreto sulle liste d'attesa prepara una stretta sui medici di famiglia per ridurre la richiesta di prestazioni. **Bartoloni** — a pag. 3

Liste d'attesa, pronta la stretta sul 20% delle ricette dei medici

Il piano. Nel decreto allo studio del Governo più controlli sulle prescrizioni non necessarie che costano 10 miliardi l'anno. L'Asl potrà acquistare l'intramoenia dai suoi camici bianchi o prestazioni dal privato

Marzio Bartoloni

ROMA

Sono troppe le prescrizioni di visite ed esami non necessarie che ingolfano il Servizio sanitario nazionale e allungano la coda degli italiani che aspettano di curarsi. Per provare a scalare la montagna delle liste d'attesa, che come ha appena certificato l'Istat sono il motivo principale per il quale 3 milioni di italiani rinunciano a curarsi, il Governo ha deciso che punterà non solo ad aumentare l'offerta di prestazioni, ma interverrà anche sulla domanda di salute. Come? Nel decreto sulle liste d'attesa «atteso in consiglio dei ministri entro 15 giorni», come ha ricordato ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci uno dei capitoli più importanti riguarderà quello che gli addetti ai lavori chiamano "appropriatezza prescrittiva": arginare cioè le troppe ricette dei medici di famiglia, ma anche degli specialisti di prestazioni spesso non necessarie e che rappresentano uno "spreco" secondo gli esperti che cuba fino a 10 miliardi l'anno. La medicina difensiva – la paura cioè di cause e lamenti dei pazienti su cui il Governo è intervenuto introducendo an-

che lo scudo penale per tutto il 2024 – spinge infatti molti camici bianchi a prescrivere una ecografia o una visita in più costringendo però così chi ne ha davvero bisogno ad aspettare di più. Secondo il ministro Schillaci questa richiesta inappropriata pesa almeno per il 20% delle prescrizioni complessive.

Tra gli altri capitoli del decreto – questa volta sul lato dell'offerta – si sta studiando anche la possibilità di consentire agli ospedali di "acquistare" dai propri medici prestazioni in libera professione (l'intramoenia che già molti camici bianchi fanno come attività privata nelle strutture Ssn) proprio per abbattere le liste

d'attesa. Un altro passaggio importante sul quale servirà l'ok del ministero dell'Economia è anche il superamento graduale del tetto di spesa sul personale che limita le assunzioni delle Regioni nella Sanità a quanto speso nel 2004 meno l'1,4%, un primo passo in questa direzione potrebbe comparire nel decreto.

Ma torniamo al meccanismo che si sta mettendo in piedi per l'appro-

priatezza prescrittiva: innanzitutto per il medico sarà vincolante indicare nella ricetta il quesito diagnostico legato alla prestazione (secondo lo standard internazionale Icd-9-cm) in modo da tracciare bene tutte le prestazioni per aree diagnostiche grazie all'ampia disponibilità dei dati già oggi raccolti, ma che risultano spesso incompleti. In base al bacino di pazienti di ogni medico prescrittore si calcoleranno le ricette potenzialmente attese e nel caso di superamento di questo "tetto" di prescrizioni si accenderà una "spia rossa" che consentirà a ogni Regione di intervenire in una determinata area raggiungendo



anche il singolo camice bianco per capire le ragioni delle troppe ricette e rimettendo così in linea i gruppi di medici o i dottori che prescrivono in modo anomalo.

Al momento non si sta pensando a "sanzioni" ad hoc anche se già in passato non sono mancate condanne per danno erariale della Corte dei conti per i medici iper-prescrittori. Su questo fronte aiuteranno anche le linee guida a cui sta lavorando l'Istituto superiore di Sanità a cui il decreto affiderà proprio il

compito di indicare ai medici buone pratiche certificate dalle società scientifiche per aree terapeutiche che daranno più certezze ai medici sulle giuste prescrizioni di esami e terapie da seguire.

Il decreto - su cui proprio in questi giorni si stanno completando le verifiche con il Mef per le coperture

- come detto interverrà anche sul lato dell'offerta: per abbattere le liste d'attesa le Asl avranno risorse fresche per pagare gli straordinari di medici e infermieri con l'Agenas, l'Agenzia dei servizi sanitari regionali, che monitorerà i tempi di attesa per singolo ospedale. «Vogliamo che finalmente in Italia, Regione per Regione, con una regia centrale si controlli dove e quali prestazioni mancano», ha ribadito ieri Schillaci. Con la possibilità, questa l'ipotesi che sta prendendo corpo, di poter anche comprare l'attività libero professionale (l'intramoenia) dai medici che finite le loro 8 ore potranno essere ingaggiati invece che dal cittadino, come accade oggi, direttamente dall'ospedale.

Si punterà nel caso ce ne sia bisogno ad acquistare le prestazioni per cui si è creata la coda anche dalle strutture private accreditate,

unificando finalmente anche le agende delle strutture pubbliche e di quelle private accreditate in modo tale che i Cup potranno smistare le richieste dei cittadini lì dove c'è maggiore disponibilità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nel provvedimento atteso già martedì anche il primo superamento del tetto di spesa sul personale

IL DECRETO

Le liste d'attese si allungano

Secondo l'Istat nel 2023 quasi 3 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi a causa delle liste d'attesa. Erano meno di 2,4 milioni l'anno prima. Il Governo pensa a un decreto con nuove misure per abbatterle

Più fondi per il personale

La nuova dote (si ipotizza 500-600 milioni) servirà per pagare il lavoro extra di medici e infermieri lì dove le code sono più lunghe. Si pensa anche

alla possibilità per le Asl di acquistare attività intramoenia dei medici oltre a ricorrere al privato accreditato

Le troppe ricette nel mirino

Tra le misure previste nel decreto si stanno studiando anche più controlli sulle ricette dei medici di visite ed esami. Si stima che un 20-30% delle prescrizioni non siano davvero necessarie e siano un effetto della medicina difensiva che costa ogni anno circa 10 miliardi



«UN DECRETO ENTRO 15 GIORNI»

«Stiamo lavorando a un decreto per combattere le liste d'attesa, lo presenteremo nei prossimi 15 giorni», così ieri il ministro della Salute Orazio Schillaci

Le code in Sanità si allungano. Secondo l'Istat circa 3 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi a causa delle liste d'attesa

3 milioni

RINUNCIANO A CURE PER LE LISTE

Secondo l'Istat 4,5 milioni di italiani hanno rinunciato a curarsi nel 2023, di questi quasi 3 milioni lo hanno fatto a causa delle liste d'attesa

IMAGOECONOMICA



L'intervista. **Giovanni Migliore.** Per il presidente dei manager Asl la domanda di salute va governata

«Troppe prestazioni vengono prescritte con eccessiva disinvoltura»

«**G**overnare la domanda di salute è un tema fondamentale. Perché stimiamo che almeno un 30% di richieste di prestazioni specialistiche non siano appropriate ai percorsi diagnostici terapeutici: mi riferisco a esempio alla diagnostica per immagini, quella di tipo "leggera" come le ecografie che spesso sono prescritte con troppa disinvoltura e non rispondono a un bisogno vero di salute».

Giovanni Migliore è presidente della Fiaso, la Federazione che riunisce i manager che guidano Asl e ospedali, e il tema dell'appropriatezza prescrittiva lo sperimenta ogni giorno anche ora che è diventato da poco direttore generale dell'Aress, l'agenzia regionale per i servizi sanitari della Puglia. «Ci siamo accorti che c'è una grande variabilità anche tra un'Asl e l'altra. A esempio nel percorso diagnostico terapeutico della mammella c'è una iperprescrizione di ecografie su specifici cluster di prescrittori. Ma non servono interventi sanzionatori, serve più formazione mirata».

Perché è importante intervenire?

Perché questa grande quota di inappropriata non soltanto sottrae risorse ma soprattutto non consente a chi ha davvero bisogno di ottenere nei tempi la prestazione di cui ha bisogno. Questo governo della domanda va fatto con strumenti che consentano la possibilità di agire su larga scala: oggi se saranno approvate le misure

giuste possiamo intervenire grazie agli strumenti che abbiamo a disposizione e al patrimonio informativo delle aziende sanitarie.

Ma come si interviene?

È evidente che se si identificano dei gruppi di medici che hanno atteggiamenti prescrittivi che non rispondono ad un buon uso delle risorse è necessario intervenire con la formazione che può essere una leva strategica e su cui siamo convinti che ci sarà la loro collaborazione. Oggi noi usiamo la formazione continua in medicina in modo generalizzato senza misurare il gap del bisogno formativo. Attraverso questo tipo di analisi noi potremo fare degli interventi mirati ed efficaci sui bisogni formativi dei professionisti su specifici percorsi diagnostici terapeutici.

Poi c'è il fronte dell'offerta di salute. Cosa possono fare gli ospedali?

Possono fare ancora tanto sfruttando al meglio il patrimonio di medici e infermieri che sono il bene più prezioso delle aziende sanitarie che forniscono servizi così particolari come quelli di salute. Dobbiamo valorizzare i nostri professionisti che scontano un gap di retribuzione rispetto agli altri Paesi europei facendo un patto con loro, consentendo a questi professionisti di esercitare la libera professione all'interno delle nostre strutture con tariffe concordate sulla base di quelle del Servizio sanitario nazionale per rispondere alle esigenze dei cittadini e quindi

per l'abbattimento delle liste d'attesa. Potrebbero garantire così delle prestazioni al di fuori dell'orario di servizio e governate dall'Asl lì dove c'è la necessità.

Ma il personale non è già sfruttato al massimo?

Abbiamo due possibilità quando raggiungiamo la saturazione dell'offerta all'interno dell'orario di lavoro: possiamo acquistare la prestazione al di fuori da una struttura privata accreditata con le tariffe del Servizio sanitario o abbiamo la possibilità nel caso i nostri ambulatori non siano pienamente utilizzati di impiegarli nell'ambito della libera professione per acquistare le prestazioni direttamente dai nostri professionisti e non all'esterno dell'azienda.

Ma serve una misura ad hoc per consentirlo?

Il contratto collettivo nazionale di lavoro non lo permette e per questo è necessario fare una modifica per legge se questa operazione si vuole fare su larga scala. Dobbiamo avere il coraggio di cambiare e dobbiamo pensare a strumenti nuovi trattando i professionisti per quelli che sono e non solo come dei dipendenti. Dobbiamo puntare sulla loro voglia di scommettere su se stessi.

— **Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per la sanità integrativa l'obiettivo è far crescere la platea degli iscritti

Le adesioni continuano a essere troppo poche e le prestazioni soddisfano solo in parte le richieste di assistenza. Il difficile rapporto con il regime pubblico, che in futuro fornirà coperture sempre minori

Giulia Cimpanelli

La stragrande maggioranza dei Contratti collettivi di lavoro prevede strumenti di sanità integrativa. Ma le aziende italiane destinano premi piuttosto bassi, in media 140 euro a dipendente, al fondo sanitario di categoria per una copertura che in media ha un tetto massimo di prestazioni annue erogabili di circa 6/7mila euro all'anno per dipendente.

Sono 16,5 milioni gli italiani coperti (9 milioni di lavoratori, 4 milioni i familiari, 1,5 di liberi professionisti, meno di 1 milione di pensionati) e 324 i soggetti che erogano servizi e prestazioni sanitarie integrative iscritti all'Anagrafe fondi sanitari del Ministero della Salute, con una raccolta complessiva di 4 miliardi di euro e 10 milioni di prestazioni erogate all'anno.

Il più grande di questi fondi è quello dei lavoratori del commercio e terziario - il Fondo Est - che copre circa 1,6 milioni di lavoratori. Al secondo posto c'è Metasalute, legato al Ccnl industria e metalmeccanici, poi gli edili, gli artigiani e, a cascata, tutti gli altri. «Sono per i dipendenti del settore privato, ogni Ccnl ha il suo strumento di welfare con-

trattuale sanitario e non sono aperti ai privati cittadini - spiega Ivano Russo, presidente di Osservatorio Nazionale Welfare e Salute, associazione che promuove la sanità integrativa - Ci sono poi casse e mutue aperte anche a liberi professionisti, pensionati, cittadini. Questi "salvadanai" possono essere autogestiti convenzionandosi con cliniche, ospedali e medici o assicurarsi esternalizzando il rischio al mercato assicurativo".

In molti tacciano il sistema di poca trasparenza, tanti lo accusano di sostituire e non integrare il sistema sanitario nazionale, aggravando le disparità: «A fronte dell'espansione del cosiddetto "secondo pilastro", il settore della sanità integrativa è tra i meno trasparenti. Infatti, da un lato l'Anagrafe istituita dal Ministero della Salute non è pubblicamente accessibile, dall'altro solo dal 2018 il Dicastero pubblica un report, peraltro basato su un dataset molto limita-



to. Un riordino normativo è inderogabile - commenta Nino Cartabellotta, presidente di Fondazione Gimbe - serve un Testo unico in grado di restituire alla sanità integrativa il suo ruolo, ovvero rimborsare prevalentemente prestazioni non incluse nei livelli essenziali di assistenza, per riappropriarsi della funzione di supporto e non di sostituzione al Servizio sanitario. Le prestazioni sostitutive erogate dai Fondi sanitari integrativi non dovrebbero più usufruire di detrazioni fiscali, perché alimentano business privati e derivate consumistiche, e le risorse recuperate devono essere indirizzate al finanziamento della sanità pubblica».

Quando nacquero, nel 1992, i fondi sanitari integrativi dovevano essere prevalentemente dedicati alle prestazioni extra Lea (livelli essenziali di assistenza): «Si tratta di prestazioni odontoiatriche, fisioterapia, checkup e prevenzione, assistenza alla non autosufficienza - ricorda Russo - Ma nel corso degli anni una serie di provvedimenti normativi varati da diversi governi ha previsto che i fondi possano erogare anche fino all'80% le prestazioni offerte dal Ssn. Sono state le istituzioni a chiamare

la Sanità integrativa a offrire maggior supporto al Ssn anche sulle prestazioni Lea, visti i noti problemi, ed è un po' paradossale che oggi questo tema venga agitato contro la Sanità integrativa stessa».

Ma con la crisi della sanità pubblica - i governi non aumentano gli investimenti in sanità e l'incidenza della spesa sanitaria sul Pil cala inesorabilmente, in percentuale del Pil scendiamo dal 7% del 2020-2021 al 6,2% del 2027 - quella integrativa può diventare una risorsa. «Se a essere coperti fossero 35 milioni di cittadini - i 2/3 della popolazione - come negli altri principali paesi europei - continua Russo - il Ssn potrebbe dedicarsi maggiormente ai grandi interventi, alle emergenze e agli indigenti, sgravato da tante prestazioni ordinarie che in tutta Europa per le collettività di lavoratori dipendenti sono prevalentemente garantite dalla Sanità integrativa pagata dalle aziende. La Sanità integrativa è la sanità dei lavoratori, non quella dei privilegiati».

Per ampliare la platea bisogna modificare le regole di ingaggio: ma come? «I lavoratori dell'industria privata italiana - incalza - sono 16,2 milioni, inve-

ce nei 72 fondi ne sono iscritti solo 9 milioni a causa di un dilagante fenomeno di elusione da parte delle aziende. In primis, quindi, bisognerebbe incentivare i controlli. Inoltre sarebbe consono estendere i fondi integrativi anche ai 3 milioni di dipendenti pubblici che oggi ne sono privi. Ultima proposta è semplificare la burocrazia per convenzionare le strutture pubbliche così da farvi confluire le risorse private dei fondi. Noi non vogliamo sottrarre terreno alla sanità pubblica, anzi. La Sanità complementare potrebbe essere d'ausilio in una logica di governance integrata tra Ssn e secondo pilastro integrativo». L'idea di molti è quella di mutuare il sistema francese: una copertura assicurativa universale obbligatoria per tutti, finanziata dai contributi prelevati dai salari e dagli utili aziendali, che copre il 77% delle cure, il restante 23% è pagato da assicurazioni complementari di categoria e mutualità di territorio.

PRESTAZIONI E SPESE COMPLESSIVE

Solo una parte dei soggetti che ne avrebbero diritto partecipa alla sanità integrativa. E sono del tutto fuori i 3 milioni di dipendenti pubblici

10 milioni
CIRCA IL NUMERO DI PRESTAZIONI ANNUALI EROGATE DALLA SANITÀ INTEGRATIVA

4.300 milioni di euro
spesa annuale totale sanità integrativa

2.862 milioni di euro
le quote versate dagli iscritti

2.370 milioni di euro
valore delle prestazioni erogate

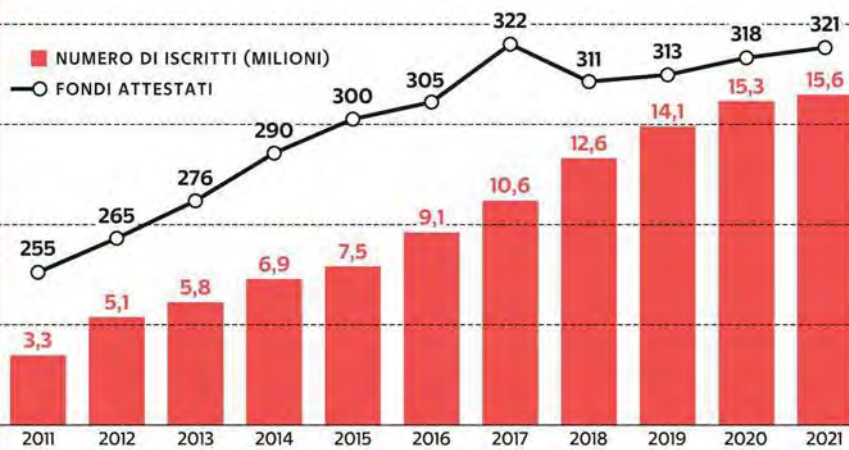
500 milioni di euro
marginalità

Fonte: DECIMO REPORT DI ITINERARI PREVIDENZIALI, 2022



I NUMERI

LA FOTOGRAFIA DEI FONDI SANITARI PRIVATI



Fonte: ELAB. GIMBE DA DECIMO REPORT ANNUALE "INVESTITORI ISTITUZIONALI ITALIANI" ITINERARI PREVIDENZIALI, 2023



WELFARE Gli specialisti denunciano: 18mila decessi l'anno a 24 ore dall'accesso

La sanità perde letti e medici Pronto soccorso allo stremo

ANDREA CEREDANI

di pazienti potrebbero essere curati altrove.

a pagina 2

«Per il mancato ricovero, le persone muoiono in Pronto soccorso invece che in un letto d'ospedale». È la denuncia di Fabio De Iaco, presidente della Società di medicina di emergenza-urgenza (Simeu). Che ha calcolato nel 2022 circa 18.000 decessi all'anno di persone «che non dovrebbero morire nei ps», che perdono cioè la vita oltre le 24 ore di permanenza. E 4 milioni

Per giorni, in barella, in attesa di ricovero Quei Pronto soccorso divenuti parcheggi

ANDREA CEREDANI

Non servivano, forse, i numeri a confermare le tante preoccupazioni che medici e infermieri nutrono da anni sul Servizio sanitario nazionale. Ma nelle scorse settimane, passando più o meno inosservati, ne sono arrivati molti, e tutti insieme. Prima quelli della Corte dei conti, che in una relazione al Parlamento ha denunciato la scarsità dei posti letto negli ospedali: 3,1 ogni mille abitanti, contro i 4,3 della media dei Paesi Ocse. Poi, quelli dell'Annuario statistico dell'Ssn, che ha aggiornato il novero dei nosocomi italiani: 996 contro i 1.286 del 2002. Ossia quasi 300 presidi persi in vent'anni. Per fronteggiare l'emergenza, la spesa pubblica in sanità aumenta, ma solo in assoluto. Nella misura che più conta, ovvero nel rapporto con il Pil, l'esborso previsto dal Def scenderà dal 7% del 2020-21 al 6,2% del 2027. Cifre lontane dalle vicine Germania e Francia, che spendono rispettivamente il 10,9% e il 10,3%. A farne le spese, più di ogni altro settore dell'Ssn, sono i Pronto soccorso. Sovraffollati, privi di personale e sempre più lontani dai pazienti, alcuni sono co-

stretti a "parcheggiare" degenti in corsia per settimane mentre altri faticano a tutelare la salute (fisica e mentale) del personale sanitario. «Per il mancato ricovero, le persone muoiono in Pronto soccorso invece che in un letto d'ospedale», denuncia il dottor Fabio De Iaco, presidente della Società di medicina di emergenza-urgenza (Simeu). Che ha calcolato nel 2022 circa 18.000 decessi all'anno di persone «che non dovrebbero morire nei ps», che perdono cioè la vita oltre le 24 ore di permanenza. La lungodegenza, giunta in Italia anche a record di 40 giorni, è il primo e più grave sintomo dell'affanno dei reparti di emergenza-urgenza. In gergo, si definisce *boarding* e spesso costringe in barella anziani, talvolta terminali, che non trovano adeguata assistenza sul territorio, nelle cure domiciliari o in ospedale. «Da noi la gente sta anche cinque giorni in barella - sostiene De Iaco, direttore della struttura di Medicina d'urgenza dell'ospedale Maria Vittoria di Torino - e i grandi anziani polipatologici finiscono per morire lì». Non solo. Gli 800mila pazienti

all'anno (stima Simeu) che non lasciano i Pronto soccorso prima di 72 ore, obbligano i medici d'urgenza ad attrezzarsi per cure e terapie tipiche dei reparti ospedalieri, impiegando nei ps circa un terzo del personale sanitario in «reparti fantasma». Anche negli ospedali di provincia: «Fino al Covid, il *boarding* era limitato a Roma e a poche altre aree - commenta il presidente Simeu -, ora abbiamo ovunque enormi difficoltà e l'attrattività della medicina d'urgenza è bassa». Così bassa che, alla scorsa tornata, quattro scuole di specializzazione non hanno ottenuto l'assegnazione di neppure uno specializzando per l'emergenza-urgenza. E, in generale, oltre la metà dei posti a bando è rimasta vacante. Fra i vinci-



tori, circa il 10% ha mollato il percorso prima della fine. La crisi delle “vocazioni” indebolisce già oggi le strutture che fanno ricorso ai più giovani per tappare i buchi del personale, privilegiando de facto gli ospedali universitari. «Nei ps l'unica possibilità seria è far lavorare gli specializzandi – commenta il dottor Massimo Minerva, presidente dell'Associazione liberi specializzandi – ma gli ospedali universitari non li mollano: spesso quelli normali non contano come gli altri». L'alternativa ai medici in formazione sono i “gettonisti”, professionisti di cooperative spesso privi della formazione necessaria, assunti a tempo per chiudere i turni. Secondo un report Anac, il mercato della fornitura del personale ha un valore stimato di 1,7 miliardi di euro e privilegia cinque operatori che, da soli, si assicurano il 64% del suo valore. Per questo, con il recente decreto Pnrr, il Governo ha ten-

tato di dare una stretta ai gettonisti, facilitando l'assunzione degli specializzandi tramite l'abolizione del tetto di 18 mesi ai contratti. Eppure, a queste condizioni lavorative, convincere i giovani camici bianchi a entrare nei Pronto soccorso resta un'impresa. «Siamo i più esposti a non rispettare gli orari. Nel mio ospedale di notte c'è un solo medico che deve fare i salti mortali per rispondere anche a due emergenze in contemporanea», racconta Lorenzo Iogna Prat, rappresentante Simeu per il Friuli-Venezia Giulia impiegato all'ospedale di Tolmezzo, in provincia di Udine. Quando lo abbiamo chiamato alle 9.30 di mattina, si è scusato per la voce rauca: delle sue ultime 60 ore, oltre 40 le aveva trascorse dentro al pronto soccorso. «Il Friuli sta vivendo una profondissima crisi dal dopo-Covid – racconta -. La mia quotidianità è fatta di contingenze: devo fare i

conti ogni giorno con le risorse». A costo, talvolta, della salute: proprio in Friuli, che non fa eccezione rispetto al dato nazionale, il fenomeno delle aggressioni è quotidiano. Nel 2023 erano più di una al giorno e i più colpiti proprio i medici del pronto soccorso. Perciò, è un gatto che si morde la coda. Condizioni di lavoro critiche svuotano i banchi delle scuole di emergenza-urgenza e la scarsità del personale mette in ginocchio gli ospedali pubblici, sempre più lontani dai pazienti (secondo Agenas, 3,4 milioni di italiani impiegano oltre mezz'ora per raggiungere un pronto soccorso). Così, si offre il fianco alle alternative private, che non attirano solo le fasce di reddito più alte: «In questi anni si sono rivolti a me artigiani e lavoratori da qualunque ceto sociale per garantirsi una visita specialistica in poco tempo», spiega il dottor Carlo Zampori che per primo aprì un ps privato

per codici minori a Milano nel 2009. Che garantiva - al prezzo di 150 euro (o meno se categorie deboli) detraibili - visite dall'otorino, operazioni per coliche renali o piccoli interventi chirurgici alle dita. «Visto e curato in massimo un'ora», garantiva Zampori ai pazienti. Per far fronte a questo «corto circuito fra pubblico e privato», secondo i professionisti, la soluzione è trovare fondi per il personale e rimettere in moto la medicina territoriale. «Se non mettiamo mano alla legislazione vigente – denuncia Pierino Di Silverio, segretario del sindacato Anaao - che oggi considera le cure ospedaliere e territoriali due compartimenti stagni, non ci siamo. Serve un percorso incentrato sul paziente da quando esce di casa fino all'ospedale».

LO SCENARIO

La lungodegenza, giunta in Italia anche a record di 40 giorni, è il primo e più grave sintomo delle difficoltà dei nostri reparti di emergenza-urgenza, dove i giovani medici non vogliono più lavorare



La Simeu: circa 18.000 all'anno le persone che perdono la vita dopo oltre 24 ore di permanenza nei Ps, anche per la mancata assistenza sul territorio, nelle cure domiciliari o negli stessi ospedali

Un Pronto soccorso romano in difficoltà a causa del sovraccollamento. Un problema avvertito in tutto il Paese/Ansa



GLI ACCESSI IN ASSENZA DI ALTERNATIVE

Ma sono 4 milioni i «pazienti evitabili»

L'Agenas: 1 su 4 ha problemi di salute che potrebbero essere risolti da guardie mediche o ambulatori

All'ospedale di Santa Maria della Misericordia di Perugia, un televisore distrae i pazienti in attesa di essere chiamati dopo il triage. A schermo, compaiono i numeri: 18 codici bianchi e 12 verdi. Alcuni aspettano da due ore, altri da quattro. Prima di uscire dal pronto soccorso, però, dovranno attendere altrettante. Molti di loro, giunti sulle proprie gambe con traumi risalenti anche a settimane prima, non avrebbero dovuto neppure varcare la soglia dell'ospedale. Li chiamano accessi impropri, quelli che, in assenza di alternative territoriali, entrano nei Pronto soccorso senza urgenze, intasandoli. Secondo Agenas, erano quattro milioni i pazienti "evitabili" nel 2023, quasi uno su quattro, con problemi di salute che avrebbero potuto essere risolti da guardie mediche o ambulatori.

La casistica è varia: la metà degli accessi impropri presenta disturbi generalizzati, uno su dieci ha sintomi oculistici, il 7% dolori addominali e così via. Tutti insieme affollano il pronto soccorso, talvolta sull'orlo del collasso. Senza ostacolare, però, l'assistenza ai pazienti più gravi: i lunghi tempi di permanenza in ospedale dei codici gialli (416 minuti in media) e rossi sono dovuti alle cure e non ai bianchi,

evasi mediamente in 164 minuti. Piuttosto, il sovraffollamento appesantisce il lavoro del personale, già scarso di numero, e trasforma gli ospedali in luoghi di diagnosi.

Di regione in regione, le politiche di classificazione cambiano e capire cosa sia un codice bianco - l'unico a pagare un ticket - è difficile. Il Veneto primeggia con il 55% di bianchi sul totale degli accessi (Agenas 2023), contro il 28% della Valle D'Aosta seconda in classifica. E incassa circa 14,4 milioni di euro dai pazienti. Nonostante il bilancio della sanità regionale si aggiri attorno ai 10 miliardi di euro, secondo i sindacati il primato rivela come il Veneto «riversi sui cittadini una quantità di spesa che altre Regioni si assumono», scrive in una nota Fp Cgil Veneto. Che punta il dito contro «una politica regionale molto stringente». Dal canto suo, l'assessora alla sanità Manuela Lanzarin replica che «i cittadini veneti risparmiano soldi rispetto a molti altri che hanno l'addizionale all'Irpef, mai applicata dall'amministrazione». I problemi, dunque, come ammette la stessa Lanzarin, «riguardano l'affollamento». «Stiamo monitorando il ricorso ai bianchi - spiega l'assessora - ma anche quando c'è un imbuto nei pronto soccorso, rispettiamo

i tempi previsti». Intanto, negli spazi lasciati vuoti dalla medicina territoriale pubblica si infila il privato: solo due settimane fa è stata stroncata sul nascere l'avventura del primo pronto soccorso privato veneto, aperto a Legnago per i codici minori e subito bloccato dalla Usl per mancanza di requisiti.

Poco più a sud, in Emilia-Romagna, una risposta al medesimo problema tentano di darla da novembre i Cau, Centri di assistenza urgenza pubblici che intercettano i codici minori prima dell'approdo in ospedale. «Il primo problema anche da noi è la carenza di personale - commenta Rodolfo Ferrari, referente regionale Simeu e direttore del pronto soccorso di Imola -. Ho visto molti medici, anche giovanissimi, andarsene in lacrime da questo lavoro perché incompatibile con la vita privata». Così, i Cau tentano di alleggerire il pronto soccorso, curando piccole ferite, mal di gola od occhi doloranti. «Nelle nostre strutture - spiega il direttore Ausl Bologna, Paolo Bordon - il tempo di attesa crolla a 60 minuti. Finora abbiamo gestito 27.000 cittadini». In Emilia-Romagna i Cau hanno salvato alcuni pronto soccorso dalla chiusura e, forse, impedito ad altri di assumere gettonisti. Eppure, non convinco-

no tutti: «Sono ottimista verso i Cau - continua Rodolfi - ma non bastano a fare la differenza. Quando la casa va in fiamme, è importante sedersi a un tavolo per comprare gli estintori, ma prima dobbiamo spengere l'incendio». L'obiettivo dichiarato, nella sola Bologna, è l'apertura di dieci centri (ora sono quattro) «per gestire 200.000 accessi in un anno». Ma, a preoccupare, è il costo a bilancio dell'iniziativa: «I conti tornano nella misura in cui riorganizzeremo anche la continuità assistenziale - rassicura Bordon -, ma prima partiamo con l'investimento e poi riorganizziamo».

Andrea Ceredani

Il sovraffollamento si può evitare con altri servizi territoriali. Ma l'esperienza dei Cau (Centri assistenza urgenza pubblici) che intercettano i codici minori, faticano a ingranare per la mancanza di camici bianchi e investimenti



Sanità

Mancano medici e strutture, cresce la mobilità tra Regioni

La sanità italiana è in codice rosso. Gli allarmi sul sistema pubblico si susseguono. Arrivano dai sindacati, dai medici e dalle Regioni, non solo quelle "rosse"

Ilaria Storti

PAGINA

3

IN QUATTRO ANNI 11MILA medici hanno lasciato gli ospedali pubblici e il rapporto spesa/Pil è tra i più bassi in Ue

Sanità, mancano medici e strutture Cresce la mobilità tra regioni

La sanità italiana è in codice rosso. Gli allarmi sul sistema pubblico si susseguono. Arrivano dai sindacati, dai medici e dalle Regioni, non solo quelle "rosse". Ma sono i numeri a dire chiaramente che il servizio sanitario ha bisogno di fondi, molti di più di quelli stanziati nell'ultima legge di Bilancio. Secondo un report presentato nel corso di un confronto con diversi governatori - tra cui il Presidente della Regione Liguria, Toti, quello della Lombardia, Fontana e quello della Toscana, Gianni - i livelli di assistenza sanitaria non sono uniformi su tutto il territorio nazionale e questo provoca una mobilità sanitaria che restituisce un'Italia spaccata in due, divisa fra chi si cura dove vive e chi invece cambia regione per accedere alle cure mediche. Non solo: diminuiscono i medici di medicina generale, calano i medici d'urgenza (il 45% di chi ha lasciato nel 2023 non è

stato sostituito) e ci sono pochi infermieri: in Italia ce ne sono 6,2 per 1.000 abitanti, contro i 9,9 della media Ocse. Secondo un'altra indagine, curata dal FoSSC (Forum delle 75 Società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari), tra il 2019 e il 2022 oltre 11mila medici hanno lasciato gli ospedali pubblici, dove dal 2020 al 2022 sono stati tagliati 32.500 posti letto. Diminuiscono anche i nosocomi, con 95 strutture (il 9%) chiuse in 10 anni.

In un quadro simile, il processo dell'autonomia differenziata, approdato lo scorso 14 febbraio in Commissione Affari Costituzionali alla Camera, rischia di allargare le già enormi distanze tra Nord e Sud.

Ma in generale, il sistema è in sofferenza in tutta Italia. Anche perché le risorse di fatto diminuiscono: non in valori assoluti ma in termini di rapporto tra spesa e Pil. Secondo i numeri del Def, l'effetto inflazione si traduce in un taglio sulla spesa

sanitaria reale, che cala del 6,2% rispetto a quella del 2021. Secondo un'analisi del "So - le24ore" basata sui dati del Def, la spesa corrente primaria è cresciuta di 93,7 miliardi in termini nominali (+11,5%) ma si è ridotta del 3,7% in termini reali. Per tenere il passo di tre anni fa, in pratica, servirebbero 33,3 miliardi in più.

In particolare, guardando ai singoli capitoli macro del sistema pubblico, è la spesa sanitaria reale a subire il maggiore calo, collocandosi al di sotto di quella del 2021. Anche la spesa per i redditi dei dipendenti pubblici perde in tre anni un 4% tondo, cioè 7,9 miliardi nominali. In flessione reale anche le spese di funzionamento della pubblica amministrazione, riassunte nei "consumi intermedi", tagliati del 3,4% in tre anni in termini



reali.

Sulla scia di queste cifre, il governatore dell'Emilia Romagna è tornato a chiedere ulteriori investimenti. "Il mio è un appello, l'ennesimo, accorato, al governo - ha detto Stefano Bonaccini -. Mancano risorse nel fondo sanitario nazionale, è inutile che il governo continui a dire che aumenta i fondi perché questo l'hanno fatto tutti i governi precedenti con cui ho lavorato e questo è il sesto. Il problema è il rapporto col Pil del Paese, che

con le scelte fatte il prossimo anno scenderà addirittura a poco più del 6%, tra i peggiori in Ue. Si punta così a spostare le persone che possono permetterselo, verso il privato. E io voglio vivere in un Paese e in una Regione in cui non sia l'assicurazione privata in tasca o il conto corrente bancario a determinare se possa o non possa curarmi".

Ilaria Storti



Pd

La proposta di Schlein “Destinare alla Sanità il 7,5% del Pil”

di **Filippo Santelli**
● a pagina 10



PARTITO DEMOCRATICO

“Alla Sanità il 7,5% del Pil entro il 2028” Il piano di Schlein per sfidare Meloni

Al via in commissione
l'esame del testo che
taglia le liste d'attesa
“La premier mente
sui fondi: sono in calo”

di **Filippo Santelli**

ROMA – Elly Schlein prova a ripartire da un tema popolare, dibattuto e delicato per il governo Meloni: la sanità. Con l'obiettivo di lanciare la campagna europea del Partito democratico, ma anche rilanciare sui temi la sua leadership, dopo la querelle sul suo nome nel simbolo elettorale. Ieri una proposta di legge Dem che punta a incrementare le risorse per il Sistema sanitario nazionale e ad assumere nuovo personale per tagliare le liste d'attesa, di cui Schlein

è prima firmataria, ha iniziato il suo iter in Commissione alla Camera. E la segretaria l'ha presentata con un videomessaggio pubblicato sui propri social, accusando la premier Giorgia Meloni di «continuare a mentire sui fondi alla sanità pubblica» e di portare avanti una politica di «tagli e privatizzazione strisciante».

Sulle risorse per la sanità il governo continua a raccontare una verità molto parziale. I numeri assoluti, quelli che Meloni rivendica, dicono che quest'anno le risorse crescono da 131,1 a 138,8 miliardi, e che nei prossimi tre aumenteranno al ritmo di circa 3 miliardi l'anno. Ma la quota delle spesa rispetto al Pil - l'unico indicatore rilevante - continua e continuerà a scendere: dal 6,4% di quest'anno al 6,2% del 2027, contro oltre 7 degli anni della pandemia da cui la sanità pubblica è uscita allo stremo.

Da Bankitalia alla Corte dei Conti, molti hanno rilevato come questa tendenza metta a rischio la tenuta dei servizi.

E proprio un aumento delle risorse è al centro della “legge Schlein”, come ieri vari esponenti del Pd l'hanno chiamata, invitando la maggioranza ad accoglierla. La proposta è incrementare “in maniera stabile” il finanziamento del sistema sanitario nazionale, portandolo progressivamente fino al 7,5% entro il 2028, e avvicinando così l'Italia al valore degli altri grandi Paesi europei (Francia e Germania sono oltre il 10%, la Spagna al 7,3%). Il secondo punto riguarda invece la riduzione delle liste d'at-



tesa e prevede tra le altre cose dei concorsi straordinari per l'assunzione di personale medico e infermieristico a tempo indeterminato, in un momento in cui la sanità pubblica sta vivendo una fuga di camici bianchi. Il costo della misura sarebbe coperto con le risorse derivanti dalla crescita economica prevista per i prossimi anni o - se non sufficienti - con misure aggiuntive di contrasto all'evasione fiscale.

La riduzione dei fondi "reali" per la sanità sta provocando forti tensioni anche tra governo e Regioni (anche governate dalla destra), dopo il taglio di alcuni stanziamenti per l'edilizia ospedaliera previsti dal Pia-

no nazionale complementare al Pnrr. Tensioni che in vista di una legge di Bilancio per cui le risorse si annunciano scarse, e in attesa della riforma dei Livelli essenziali di assistenza, sembrano destinate ad aumentare. © RIPRODUZIONE RISERVATA



► La segretaria

Elly Schlein, 38 anni, segretaria del Partito democratico dal marzo 2023 e prima firmataria di una proposta di legge per aumentare i fondi alla sanità fino al 7,5% del Pil entro il 2028



COPERTURE FINTE (E INSUFFICIENTI)

Pd: alla sanità il 7,5% del Pil Ma i calcoli sono sbagliati

«Giorgia Meloni mente sui fondi alla sanità, che sono in calo», spiega senza giri di parole la segretaria Pd Ely Schlein lanciando la nuova campagna Dem contro il Governo. In effetti la spesa sanitaria è al 6,3% del Pil, ai minimi dal 2007 come documentato dal Sole 24 Ore il 7 aprile. Ma anche la proposta Pd, scritta nel disegno di legge a prima firma della stessa Schlein ora incardinato alla Camera e rilanciato in questi giorni su tutti i social, zoppica parecchio. L'obiettivo dichiarato è di portare i finanziamenti alla sanità al 7,5% del Pil dal 2028. Ma le coperture calcolate dai Dem sono insufficienti. E soprattutto sono finte.

Punto primo: la proposta chiede di arrivare progressivamente al 2028 con un fondo da 20 miliardi strutturali in più rispetto a quest'anno. Def alla mano, i 20 miliardi in più porterebbero la spesa a 158,8 miliardi: che sono il 7,3%, ma del Pil di quest'anno. Nel 2028, traguardo fissato dal Pd, sarebbero intorno al

6,6 per cento. Perché grazie al cielo il Pil nominale cresce di anno in anno, salvo recessioni pesanti. Lo sanno gli stessi autori della proposta di legge, che infatti all'articolo 4 mettono a copertura «le maggiori risorse derivanti dalla crescita economica prevista dai documenti di programmazione economica e finanziaria». Che però non coprono nulla, perché gli effetti della crescita sono già nei tendenziali e non possono quindi finanziare spese aggiuntive.

—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LO STRANO PROGRAMMA DI SCHLEIN

Elly attacca sulla sanità (ma i tagli li ha fatti il Pd) Vuole cambiare la Rai (ma la riforma è dei Dem)

Dal 2015-2019 sono stati sottratti 12 miliardi al Sistema Sanitario Nazionale E le regole sulla tv pubblica risalgono a quando Renzi guidava il partito

EDOARDO ROMAGNOLI
e.romagnoli@iltempo.it

••• Non c'è dubbio che in Italia ci sia un problema di carenza di personale sanitario. Secondo le stime più prudenti mancherebbero circa 20mila camici bianchi e almeno 70mila infermieri. A questo c'è da aggiungere che in tre anni circa 15mila infermieri e 21 mila medici hanno lasciato l'Italia. Non solo. Entro il 2025 è previsto il pensionamento di ben 40mila medici. Le ragioni sono molteplici, ma una su tutte è sicuramente il definanziamento da vent'anni a questa parte del settore sanitario da parte della politica; sia di destra che di sinistra.

Nel 2007 il secondo governo Prodi fu il primo che per ridurre la spesa pubblica mise il tetto di spesa per il personale sanitario che non doveva superare quello del 2004 diminuito dell'1,4%. Una misura confermata dai governi successivi da Monti a Conte. La Fondazione Gimbe calcola che il grosso dei tagli sia avvenuto tra il 2010 e il 2015 (governi Berlusconi e Monti), con circa 25 miliardi di euro

*La proposta della segretaria
Aumento della spesa sanitaria
fino al 7,5% del Pil, superamento
del tetto al personale e assunzioni*

trattenuti dalle finanziarie del periodo, mentre i restanti 12 miliardi sono serviti per l'attuazione degli obiettivi di finanza pubblica tra il 2015 e il 2019 (governi Letta, Renzi, Gentiloni, Conte). Insomma un bel pasticcio bipartisan che ha portato le risorse disponibili per il comparto sanitario dai 90 miliardi del 2006 ai 75 nel 2025.

Una storia molto simile a quella della Rai per anni lottizzata dalla politica. Oggi le opposizioni attaccano Meloni per l'occupazione, facendo finta che in passato non fosse così. L'ultima riforma che ha reso la tv pubblica sucube della politica è firmata Matteo Renzi, allora segretario del Pd. Un piano che attribuiva a Palazzo Chigi e al Ministero dell'Economia un'influenza decisiva su viale Mazzini. Tanto che il Mef aveva il compito di scegliere l'amministratore delegato, che venne individuato nella figura di Antonio Campo

Dall'Orto, amico di Renzi e assiduo frequentatore della kermesse fiorentina della Leopolda. La riforma prevede un Consiglio di amministrazione di 7 membri, di cui quattro scelti da Camera e Senato, due dal Governo, e uno dall'assemblea dei dipendenti. Alla faccia dell'indipendenza.

Ecco perché fa sorridere vedere come Elly Schlein abbia scelto di attaccare Giorgia Meloni proprio su questi due temi: Sanità e Rai.

Dimostra allo stesso tempo una miopia politica, perché è scontata la replica di Meloni, e una scarsa conoscenza del passato; anche di ciò che è stato fatto dagli inquilini precedenti del Nazareno.

Una decisione figlia di un modus operandi che sta prendendo piede da un po' di tempo sullo scenario politico italiano. Quello per cui chi arriva, si presenta come il nuovo avanza e invece di raccogliere un'eredità politica, nel bene e nel male, riparte da zero. E questo spiegherebbe anche il motivo per cui in Italia i problemi sono irrisolti da vent'anni.



Irpef, bonus per la famiglia e sanità una Manovra in cerca di coperture

IL FOCUS

ROMA Tra i buchi del Superbonus e le nuove e più stringenti regole di bilancio europee la coperta (finanziaria) è corta. Anche per questo Giancarlo Giorgetti - il ministro dell'Economia che dovrà stendere a fine anno la manovra - ha chiesto ai suoi colleghi di risparmiare 2 miliardi in più rispetto allo scorso anno. Cifra che - rispetto ai grandi e giganteschi numeri del bilancio - può sembrare minimale, ma che da sola basta per garantire la conferma di misure molto popolari come lo sgravio contributivo del bonus mamme e le altre che rientrano nel capitolo degli interventi a favore delle famiglie come le sperimentazioni per il bonus asilo e l'allungamento dei congedi parentali.

IL COSTO TOTALE

Sulla prossima Finanziaria ci sono, come detto, poche certezze. La prima è che per garantire anche per il 2025 tutti i provvedimenti espansivi in vigore quest'anno serviranno almeno 18 miliardi, anche a costo di utilizzare

TRA LE MISURE DA CONFERMARE ANCHE IL TAGLIO AL CANONE RAI E GLI AIUTI PER NIDI E CONGEDI PARENTALI

Da sinistra, uno accanto all'altro, il viceministro all'Economia, con delega al Fisco, Maurizio Leo, e il titolare del dicastero di via XX Settembre, il ministro Giancarlo Giorgetti

la leva del deficit. E l'altra certezza è che l'unico intervento sul quale la maggioranza non ha mai espresso dubbi è non soltanto confermare le tre aliquote dell'Irpef, ma tagliare le tasse al ceto medio, a chi dichiara più di 50mila euro all'anno. Il provvedimento dovrebbe costare intorno ai 4,2 miliardi e il grosso - circa 3,6 miliardi di euro - il governo è convinto di coprirlo con gli incassi del concordato preventivo biennale per le partite Iva. Al riguardo il viceministro all'Economia, Maurizio Leo, ha creato un apposito "fondo taglia tasse". Ancora incerta, invece, la copertura del bonus da 80 euro.

Altro obiettivo della maggioranza è confermare il cuneo contributivo, misura molto più onerosa e con una platea più estesa di beneficiari rispetto a quella del taglio Irpef. Se si volesse garantire un recupero in busta paga di almeno cento euro, servirebbero 10 miliardi di euro per la copertura. Questa è la stima fatta dall'Ufficio pubblico di bilancio.

Dopo aver messo sul piatto oltre 5 miliardi di euro per i rinnovi contrattuali, il ministro della Salute, Orazio Schillaci, sta studiando ulteriori misure per rendere più facilitare le Asl a reclutare nuovi

medici. In quest'ottica si guarda ad aumentare l'indennità di specificità per i camici bianchi, a superare il tetto per le nuove assunzioni e a sgravi fiscali per favorire il rientro dei cervelli scappati all'estero. Un pacchetto che - seppure rimodulato negli anni - vale almeno un miliardo. Stessa cifra potrebbe essere necessaria per l'altra grande battaglia messa in campo dal governo sulla sanità: la riduzione delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche e gli interventi chirurgici.

Ci sono poi provvedimenti che da anni imprescindibili in tutte le manovre: per esempio il rifinanziamento delle missioni internazionali (circa 1 miliardo) o la riduzione a 70 euro del canone Rai, per il quale servono circa 430 milioni. Mentre si aspettano le mosse del ministro dell'Impresa e del Made in Italy, Adolfo Urso, che dopo la domanda con le rottamazioni, vuole aiutare il settore dell'automotive anche studiando appositi incentivi alla produzione.

F. Pac.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

Medicina: verso lo stop ai test d'ingresso, dal 2025 iscrizione libera al primo semestre

Ci si potrà iscrivere liberamente al primo semestre della facoltà di Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria e in Medicina veterinaria senza passare attraverso test. E' quanto prevede la riforma dell'accesso alla facoltà di Medicina che ha ricevuto il primo via libera dal Comitato ristretto della commissione Cultura e Istruzione del Senato . Verranno individuate le discipline in area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria che devono essere superate per l'ammissione al secondo semestre. Nel caso di mancata ammissione verranno riconosciuti i crediti formativi utili per potere cambiare facoltà. Le nuove norme dovrebbero scattare nel 2025.



Istruzione del Senato . Verranno individuate le discipline in area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria che devono essere superate per l'ammissione al secondo semestre. Nel caso di mancata ammissione verranno riconosciuti i crediti formativi utili per potere cambiare facoltà. Le nuove norme dovrebbero scattare nel 2025.

Il testo prevede che il Governo sia delegato ad adottare, entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge, uno o più decreti legislativi per la revisione delle modalità di accesso Medicina, Odontoiatria e Veterinaria. Nell'esercizio della delega il Governo deve tra l'altro garantire programmi uniformi e coordinati e l'armonizzazione dei piani di studio dei corsi, per un numero complessivo di crediti formativi universitari (Cfu) stabilito a livello nazionale; prevedere che l'ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea magistrale sia subordinata al conseguimento di tutti i crediti formativi universitari (Cfu) stabiliti per gli esami di profitto del primo semestre svolti secondo standard uniformi nonché alla collocazione in posizione utile nella graduatoria di merito nazionale; garantire, nel caso di mancata ammissione al secondo semestre dei corsi di laurea in Medicina, Veterinaria ed Odontoiatria il riconoscimento dei crediti formativi universitari conseguiti dagli studenti negli esami del primo semestre per il proseguimento in un diverso corso di studi da indicare come seconda scelta, rendendo obbligatoria e gratuita la doppia iscrizione limitatamente al primo semestre.

“Restiamo fermamente contrari all'abolizione del numero programmato a Medicina - afferma il presidente della Fnomceo, Filippo Anelli - ma apprezziamo l'intenzione del Legislatore di correlare il numero degli studenti ai fabbisogni di professionisti e al numero delle borse di specializzazione. Nutriamo tuttavia perplessità sulle modalità di attuazione, che auspichiamo siano presto chiarite”. Fnomceo valuta positivamente “il fatto che nel provvedimento sia in qualche modo normato il percorso, già messo in atto dalla Fnomceo insieme al ministero dell'Istruzione, dei licei a curvatura biomedica, e che sia riconosciuto il ruolo degli Ordini”. “Proponiamo- conclude Anelli - di anticipare anche il semestre di orientamento”.

Disaccordo anche dal sindacato dei medici ospedalieri. “Lo stop al numero programmato a Medicina dimostra ancora una volta che la cecità politica si sta ormai cronicizzando ed è il colpo di grazia alla formazione medica”, commenta Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaao Assomed.. “Abolire il numero programmato - prosegue - è una

soluzione miope e sintomo di assoluta mancanza di visione futura o peggio di una visione futura che porterà a una nuova pletera medica che favorirà manodopera privata a basso costo. Tutto questo in netto contrasto con le dichiarazioni del presidente del Consiglio dei ministri e del ministro della Salute sulla difesa del Ssn”.

Il ministro dell'Università e della Ricerca Anna Maria Bernini dai suoi profili social difende il testo e replica: “Trasparenza, equità, merito: è su questi principi che il governo e il ministero vogliono riformare l'accesso a Medicina, combinando le legittime aspirazioni degli studenti alle necessità del sistema sanitario. Sappiamo che nei prossimi anni potremo formare almeno 30mila futuri nuovi medici, ai quali dobbiamo garantire una preparazione di qualità, attenta soprattutto alle opportunità che le nuove tecnologie offrono in campo medico. Stiamo lavorando ad una riforma strutturata che superi il numero chiuso e punti all'eccellenza formativa e alla valorizzazione delle competenze”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I CANALI DI ACCESSO

 Numero semi-chiuso
in Università: no ai test
ma “tagliola” a sei mesi

Gramolini e Negrotti

a pagina 3

Medicina, così cambia il numero chiuso Accesso libero ma “tagliola” a sei mesi

Si prefigura una riforma delle modalità di accesso alle facoltà di Medicina e chirurgia, Odontoiatria e protesi dentaria e Medicina veterinaria, che permetterà un'iscrizione liberalizzata ai corsi di laurea magistrale, senza più prevedere una prova di ammissione (gli attuali test, considerati insoddisfacenti a garantire una selezione adeguata dei candidati), ma introducendo un vaglio dopo il primo semestre dei corsi di studio. È la novità più rilevante del testo unificato adottato nei giorni scorsi dalla commissione per i disegni di legge (riunendo cinque differenti proposte), nella commissione Cultura e istruzione del Senato: il disegno di legge-delega affida al Governo la definizione dei decreti legislativi in materia, seguendo alcuni criteri direttivi. Scopo del provvedimento è il potenziamento del Servizio sanitario nazionale (Ssn), alle cui esigenze di personale medico dovrà essere calibrata la programmazione formativa universitaria. In base al testo adottato, verso il quale i commissari potranno presentare emendamenti entro il 13 maggio, all'iscrizi-

zione libera seguirà un primo semestre di corsi su discipline qualificanti comuni in area biomedica, sanitaria, farmaceutica e veterinaria, sulla base di programmi uniformi e coordinati, con un numero di crediti formativi universitari (Cfu) stabilito a livello nazionale. Per essere ammessi al secondo semestre occorrerà conseguire tutti i Cfu stabiliti di esami svolti secondo standard uniformi, validi per essere inseriti in una graduatoria di merito nazionale. A chi non rientrerà nella graduatoria per l'accesso alla facoltà prescelta sarà garantito il proseguimento degli studi in un diverso corso di laurea di area scientifica (da indicare come seconda scelta al momento dell'iscrizione), mantenendo il valore degli esami sostenuti e dei Cfu ottenuti. Si prevede di realizzare un monitoraggio del fabbisogno di personale del Ssn in collaborazione tra ministero della Salute e ministero dell'Università, e di potenziare le capacità ricettive delle università. Inoltre il numero degli studenti dovrà essere allineato con quello dei corsi di specializzazione post-laurea. (En.Ne.)

ENRICO NEGROTTI

Il problema è condiviso, le soluzioni molto meno. La proposta di un disegno di legge-delega per riformare l'accesso ai corsi di laurea in Medicina, Odontoiatria e Veterinaria, è l'occasione per aprire un dibattito sulle modalità per superare un sistema, quello dei quiz prima dell'immatricolazione (più volte riformati), che da più parti viene considerato incapace di selezionare gli studenti più adatti a intraprendere le professioni mediche. Tuttavia, il testo che la 7ª commissione del Senato sta esaminando non ha riscosso valutazioni positive nel mondo medico, e altrettanto critici (ma per motivi opposti) sono gli studenti universitari, che avrebbero voluto una maggiore liberalizzazione nell'accesso. Soddisfatto invece il Codacons, che legge il provvedimento come una vittoria nella propria «battaglia contro gli assurdi limiti di accesso». Parere favorevole contro il numero chiuso è sta-

to espresso da alcuni presidenti di Regione, come Luca Zaia (Veneto), Vincenzo De Luca (Campania) e Giovanni Toti (Liguria).

«Credo che non si debba equivocare - puntualizza Filippo Anelli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri (Fnomceo) -. Non viene abolito il numero chiuso, ma viene spostata la selezione dopo il primo semestre».

Infatti, a confermare che il «numero programmato resta» è lo stesso relatore del provvedimento (e presidente della commissione Cultura e istruzione al Senato) Francesco Zaffini, in una intervista pubblicata sul sito QuotidianoSanità.it.

Spiega ancora Anelli: «Al termine del primo semestre, sulla base del fabbisogno del Ssn e delle disponibilità legate al percorso formativo, cioè le borse di specializzazione post laurea, si determinerà il contingente sulla base di coloro che hanno superato gli esami secondo una metodologia standardizzata (che andrà compresa), si creerà una graduatoria che permetterà l'ingresso a Medicina. La sostan-

za è che l'attuale sistema si sposta, e non è più a quiz, ma non tutti quelli che superano gli esami saranno ammessi al corso di laurea».

Spiega ancora Zaffini a *QuotidianoSanità*: «Per la collocazione utile nella graduatoria nazionale verranno considerati tre elementi: i crediti formativi universitari ottenuti con il conseguimento degli esami, il voto ricevuto e il numero di risposte esatte date. In questo modo si supera il meccanismo cervelotico dei test e si applica una selezione a seguito di una valutazione degli studenti su base semestrale».

Secondo Anelli, nel provvedimento così come è oggi (siamo solo all'inizio del percorso di approvazione del disegno di legge, e ancora in commissio-



ne sono attesi emendamenti) si intravedono almeno due criticità: «La prima è il fatto che tutti coloro che vogliono accedere a Medicina potranno frequentare per sei mesi i corsi. Ma non sappiamo – prosegue il presidente Fnomceo – se le università hanno la capienza necessaria per accogliere i circa 70mila ragazzi che ogni anno partecipano al test». La seconda è che «poiché non entrano in graduatoria tutti, anche tra coloro che superano gli esami, si crea un contraccolpo psicologico per i ragazzi che vedono mortificate le loro aspettative nonostante abbiano studiato. Lo abbiamo già visto in Francia». Piuttosto, suggerisce il presidente Fnomceo, sarebbe il caso di potenziare percorsi che già esistono: «Esiste già una sperimentazione, in un centinaio di licei nel nostro Paese, di un potenziamento chiamato Curvatura biomedica, che per-

mette di studiare per tre anni per l'accesso a Medicina: una parte degli studenti decide poi di iscriversi ad altre facoltà, ma i numeri dicono che chi frequenta questo percorso di solito riesce a entrare più facilmente a Medicina». In più il provvedimento dice di voler potenziare il Ssn, ma i problemi delle carenze di specialisti sono già oggi: «Per formare un medico specialista – puntualizza Anelli – occorrono dieci anni: 6 del corso di laurea e 4-5 della specializzazione. La corretta programmazione non è stata fatta in passato, non si sono valutati correttamente i numeri di chi avrebbe lasciato la professione. E anche se non mancano in numeri assoluti, perché l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) dice che abbiamo 4,1 medici per mille abitanti, rispetto ai 3,8 della media europea, noi dobbiamo trovare soluzioni al fatto che i medici oggi sono carenti, soprattutto

in alcune specialità, perché abbandonano il Ssn, delusi dalle condizioni di lavoro e dalle retribuzioni, e vanno all'estero, dove trovano una situazione migliore su entrambi i fronti». Un punto che viene fortemente sottolineato da Francesco Cognetti, coordinatore del Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani (Fossc): «È drammaticamente urgente fermare l'esodo dei medici verso gli altri Paesi, che è in aumento. Bisogna agire per migliorare le condizioni di lavoro dei nostri medici. La formazione di uno specialista costa 200mila euro, ma poi li assumiamo nel Ssn a stipendi nettamente inferiori a quelli degli altri Paesi europei e con condizioni stressanti. Il risultato è che molti se ne vanno all'estero. Su questo fronte non si è fatto nulla: non si è mai parlato di incentivi atti a favorire la scelta delle specialità meno gettonate, ma necessa-

rie: dagli aumenti di stipendio a meccanismi di detassazione. Ma il rischio maggiore viene proprio dall'esodo dei medici, che va frenato in tutti i modi». Certamente vi è anche un problema in entrata: «L'accesso – osserva Cognetti – deve essere incrementato però non può indiscriminato: credo che le facoltà non sarebbero in grado di assorbire l'urto di 70mila potenziali studenti». Il numero «va programmato in funzione delle reali necessità. Oggi paghiamo lo scotto di una carenza di specialisti soprattutto in alcuni settori: emergenza-urgenza, anestesia, alcune chirurgie, anatomia patologica e radioterapia. E sono specialità tuttora poco scelte nell'iscrizione alle scuole di specializzazione post-laurea».

IL FATTO

Anelli (Fnomceo): si rischia di deludere ragazzi meritevoli, meglio anticipare al liceo la preparazione ai test. Cognetti (Fossc): il problema urgente è trattenere nel Ssn gli specialisti che vanno all'estero

Camici bianchi di oggi e di domani: i numeri

70.000

Il numero di ragazzi che ogni anno partecipano al test di ammissione alla facoltà di medicina

200mila

Gli euro occorrenti, secondo il Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari, per la formazione di uno specialista

140mila

il numero di medici specializzati che negli ultimi 20 anni si sono trasferiti all'estero, attratti da paghe più alte e condizioni di lavoro migliori

10

Gli anni che occorrono per formare un medico specialista: 6 anni del corso di laurea più altri 4-5 di specializzazione

4,1

I medici per mille abitanti presenti in Italia: un numero leggermente più alto rispetto ai 3,8 della media europea

6,2%

la quota del Pil investito in spesa sanitaria nel 2024 secondo l'ultima Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza



PAOLO VILLARI, PRESIDE DI FARMACIA E MEDICINA ALLA SAPIENZA DI ROMA

«Errori in passato ma la carenza dei medici durerà poco»

ELISABETTA GRAMOLINI

Apprezzati, anzi, accreditati pure a livello internazionale. I medici italiani sono stimati fuori dai confini. Ed è forse per questo che preferiscono seguire la carriera altrove. A casa, ricevono fra le migliori formazioni universitarie. All'orizzonte, però, vedono una retribuzione più bassa rispetto ai colleghi stranieri e una vita di sacrificio. Secondo Paolo Villari, ordinario di Igiene, preside della facoltà di Farmacia e Medicina della Sapienza di Roma, e presidente della Conferenza permanente delle facoltà e scuole di Medicina e Chirurgia, esistono i modi per intervenire su questa "tempesta perfetta". **Professore, la crisi dei sanitari è solo colpa dei tagli?**

Sono stati commessi errori di programmazione. Per anni abbiamo avuto un imbuto formativo: si laureavano più persone rispetto ai posti di specializzazione. Ora il problema non esiste. La carenza durerà ancora poco.

Il sistema universitario funziona?

Sì. Lo dimostra il fatto che i medici italiani sono apprezzati all'estero. Negli ultimi 20 anni, si stima siano stati circa 140 mila a trasferirsi.

Questa però è una sconfitta per il Paese?

È una sconfitta terribile perché per formare i laureati sono state investite molte risorse. Vanno via perché la retribuzione media mensile è superiore solo a quella di Portogallo e Grecia.

La Medicina d'urgenza è fra quelle più in crisi.

La specializzazione è molto bella ma comporta una vita difficile. A volte i sanitari sono vittime di aggressione, la retribuzione non è elevata e la tipologia di lavoro è spesso a contatto con la sofferenza delle persone.

Pure la medicina generale è poco frequentata.

Sì. Sono tutte specialità che hanno una collocazione più difficile nell'ambito privato.

Come renderle più appetibili?

Bisognerebbe creare degli incentivi, non solo eco-

nomici. Va detto che molti tavoli ministeriali stanno studiando il problema, per migliorare il contratto degli specializzandi e rendere più facile l'assunzione.

L'ultima manovra ha aumentato gli stipendi. Non basta?

Il segnale c'è stato e va nella direzione di riconoscere il valore dei medici nel Servizio sanitario nazionale che è uno dei migliori al mondo. Ciò che è vero, è che non spendiamo molto per la spesa sanitaria, perché rispetto al Pil, è decisamente più bassa della media Ocse. Allo stesso tempo, bisogna contenere la spesa pubblica e mi rendo conto sia difficile.

Nella proposta del gruppo della Camera, si parla di una scrematura dopo i primi sei mesi. Il meccanismo la convince?

Nella proposta non si parla di abolire il numero chiuso. Ciò dal punto di vista della qualità del percorso formativo è importante perché i corsi di laurea di Medicina italiani sono accreditati e sono spendibili all'estero. Se si abolisse il numero, si perderebbe l'accreditamento. Ma sono altre le criticità.

Quali?

Secondo il meccanismo proposto, chi non entra può optare per altri corsi. Significa che il corso di Medicina sarà visto come di serie A e gli altri di serie B. Da professore di sanità pubblica dico da sempre che gli infermieri, per esempio, svolgono un ruolo fondamentale. Poi c'è la componente psicologica. Non dimentichiamo che sono giovanissimi, posti nella condizione di competere con amici e coetanei. E infine ci sono i contenziosi che potrebbero aumentare.

Il mondo accademico cosa propone?

La Conferenza dei rettori delle università italiane (Cru) ha preparato un documento, a cui ho contribuito, che prevede un percorso in più fasi. Forse, in questo periodo, bisognerebbe ascoltare coloro che hanno le competenze, non perché più bravi, ma perché da decenni contribuiscono alla formazione e al sistema sanitario.

«Negli ultimi 20 anni, 140 mila camici bianchi italiani si sono trasferiti all'estero. Se abolissimo il numero chiuso, si perderebbe l'accreditamento di cui godiamo all'estero»



Paolo Villari



Primari universitari frenano gli specializzandi

Dopo il decreto Pnrr

I responsabili delle scuole bocciano la misura che ne agevola l'assunzione

Marzio Bartoloni

Il Servizio sanitario nazionale è a corto di camici bianchi. Le colpe ormai sono note: la cattiva programmazione (in passato) del numero chiuso a Medicina su cui ora il Governo prova a correre ai ripari e una gobba pensionistica che vede proprio in questi anni il suo picco con il pensionamento di circa 40mila medici fino al 2025. Ecco perché sembra una vera manna dal cielo la possibilità prevista dall'ultimo decreto Pnrr diventato legge martedì scorso che semplifica molto l'assunzione part time dei giovani medici che si stanno ancora specializzando: si tratta di un piccolo esercito di oltre 24mila giovani camici bianchi che già dal secondo anno di corso (che durano anche 5 anni) possono essere assoldati nelle corsie con contratti a tempo determinato per coprire i buchi al posto dei costosi gettonisti.

La misura ha incassato il plauso generale di tutto il mondo sanitario, ma con una eccezione importante: quella dei primari universitari che si occupano della formazione proprio dei 50mila specializzandi. Alla vigilia del voto finale del Senato al decreto Pnrr la Conferenza dei presidenti dei collegi di area medica (in rappresentanza dei 10mila docenti di area medica) e il coordinamento dei referenti di 1440 scuole di specializzazione hanno scritto ai ministri dell'Università Bernini e della Salute Schillaci per condannare la misura esprimendo «forte preoccupazione per la possibilità concessa

ai medici in formazione specialistica di stipulare contratti a tempo determinato, fino alla fine del periodo di specializzazione indipendentemente dall'appartenenza della struttura operativa di incardimento alla rete formativa della sede della Scuola». La norma sugli specializzandi esiste in realtà già dal 2018, sperimentata durante la pandemia è diventata strutturale con il decreto bollette del 2023 grazie a Schillaci. Ma finora le università con le loro scuole hanno frenato mettendo mille paletti e vietando di fatto a tanti giovani di poter partecipare ai concorsi. Ora la nuova norma consente fino al 31 dicembre 2026 di poter stipulare contratti di durata pari a quella residua del corso di formazione specialistica, anche se - questa la novità importante che finora aveva limitato la loro assunzione - la struttura nella quale lo specializzando svolge l'attività lavorativa non appartiene alla rete formativa della scuola di specializzazione a cui lo specializzando è iscritto, ma alla rete formativa di un'altra scuola sempre della stessa disciplina. In pratica uno specializzando in anestesia di Palermo potrà lavorare e completare la sua formazione anche in una struttura di Roma che non rientra nella rete formativa della sua scuola di appartenenza, a patto che ovviamente dietro alla nuova struttura dove sarà impiegato ci sia sempre una scuola di anestesia. Per i direttori universitari questa novità è da bocciare e per questo - scrivono - è necessario che

venga definita «un'ulteriore proposta emendativa per cui lo specializzando possa essere inserito solo in strutture della rete formativa della scuola di appartenenza». Così come chiedono che venga abolita per l'Asl che assume lo specializzando la possibilità di rilasciare la certificazione «di passaggio di anno o valida ai fini del rilascio del diploma che debbono rimanere in capo alla Scuola di specializzazione di iscrizione». Un «potere» di controllo sull'attività formativa che i primari universitari vogliono ritorni in capo a loro, ma che secondo le segnalazioni di molti giovani medici in passato si è tradotto in voti bassi e minaccia di bocciature per tutti quegli specializzandi che avevano deciso di «tradire» per farsi assumere in un altro ospedale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I docenti medici chiedono che si abolisca la possibilità di lavorare in una struttura di un'altra rete formativa



25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Pnrr/ Cimo-Fesmed: importante intervento del ministro Schillaci sui medici specializzandi

“Importante intervento del ministro della Salute Orazio Schillaci nel Decreto PNRR che facilita l’ingresso nel Ssn dei medici specializzandi al di fuori della rete formativa. Un successo nei confronti di chi ha tentato di ostacolare l’emendamento per conservare vecchi privilegi ma,

soprattutto, un segnale importante contro il fenomeno dei medici a gettoni”. A dichiararlo è Guido Quici, presidente del sindacato dei medici Federazione Cimo-Fesmed (a cui aderiscono Anpo-Ascoti, Cimo, Cimop e Fesmed).

“Inizia, adesso, la fase più delicata – prosegue Quici – quella dello sblocco del tetto di spesa sul personale sanitario, provvedimento che necessita di una particolare attenzione soprattutto alla luce delle prime elaborazioni AGENAS. La concreta applicazione sul campo della sperimentazione AGENAS ha già portato a tagli fino al 40% del personale nelle aziende sanitarie in alcune regioni ed è proprio per questo motivo che l’impegno assunto dal ministro nell’eliminare l’attuale blocco, non deve essere vanificato da provvedimenti peggiorativi dettati da improbabili algoritmi”.

“Come Federazione Cimo-Fesmed – prosegue il presidente – auspichiamo l’avvio di una seria riforma che non può limitarsi al solo ingresso di medici specializzandi nel Ssn, ma deve mirare al completamento della loro formazione sul campo proprio per assicurare loro adeguate garanzie e tutele anche da un punto di vista medico-legale. In questa ottica siamo contrari all’attuale assetto organizzativo delle aziende universitarie miste ed agli accordi tra università e strutture sanitarie pubbliche i cui obiettivi principali si riducono alla occupazione delle direzioni di unità complesse e semplici a danno dei medici dipendenti del Ssn, relegando questi ultimi ad attività di tutoraggio non remunerate”.

“Condividiamo, quindi, la proposta Acoi – conclude Guido Quici – sul cosiddetto distretto formativo e sull’ospedale-scuola perché garantisce ai giovani medici quella formazione sul campo che, spesso, manca durante l’intero ciclo formativo universitario. Non ultimo riteniamo anacronistiche le modalità di assunzione del personale medico, perché estremamente burocratizzate e con procedure concorsuali che richiedono tempi particolarmente lunghi. Contrasto al fenomeno dei gettonisti, snellimento delle procedure di assunzione, sblocco del tetto di spesa sul personale sanitario sono il vero segnale, atteso da anni, che esprime la volontà del ministro di uscire da una palude che dura da troppo tempo”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

ACCESSO AGEVOLATO DEGLI UTENTI AI SERVIZI SANITARI

Una piattaforma per i medici

DI FRANCESCO CERISANO

Una piattaforma di intelligenza artificiale per supportare i professionisti sanitari nella presa in carico dei pazienti e i medici nella pratica clinica quotidiana con suggerimenti non vincolanti.

Ma anche per facilitare l'accesso degli utenti ai servizi sanitari delle case di comunità.

E' quanto prevede il disegno di legge sull'intelligenza artificiale approvato martedì dal consiglio dei ministri.

La piattaforma sarà progettata, realizzata e messa in servizio dall'Agenzia nazionale per la sanità digitale (Agenas). Sarà alimentata con i dati strettamente necessari per l'erogazione dei servizi, trasmessi dai relativi titolari del trattamento (gli ospedali, gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico ecc).

Una volta acquisiti dalla piattaforma, i dati saranno trattati dall'Agenas. L'Agenzia, acquisiti i pareri del Ministero della salute, del Garante privacy e dell'Agenzia per la Cybersicurezza nazionale, specificherà i tipi di dati trattati e le operazioni eseguite all'interno della piattaforma, nonché le misure tecniche

e organizzative per garantire un livello di sicurezza adeguato al rischio e per tutelare i diritti degli interessati.

L'utilizzo dell'intelligenza artificiale in ambito sanitario non dovrà portare a discriminazioni nei confronti dei pazienti. In questo il ddl governativo è chiaro: l'accesso alle prestazioni sanitarie non potrà essere selezionato e condizionato. Anzi. L'intelligenza artificiale dovrà contribuire "al miglioramento del sistema sanitario e alla prevenzione e cura delle malattie, nel rispetto dei diritti, delle libertà e degli interessi della persona, anche in materia di protezione dei dati personali".

Gli interessati avranno diritto di essere informati circa l'utilizzo di tecnologie di intelligenza artificiale e sui vantaggi, in termini diagnostici e terapeutici, derivanti dall'utilizzo delle nuove tecnologie. La decisione finale, tuttavia, spetterà sempre al medico.



26 apr 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Casse previdenziali: da “preda” per l’Erario a investitori cruciali per l’economia nazionale

di *Claudio Testuzza*

Professionisti equiparati a piccole e medie imprese non solo nelle tutele ma anche negli investimenti delle loro Casse previdenziali. Nelle ultime tornate delle assemblee, nei bilanci consuntivi del 2023, gli istituti privatizzati negli anni 90 dimostrano una solida condizione economica sia sul fronte delle pensioni per i propri iscritti,



ed anche per quelli futuri, ma soprattutto in merito ai patrimoni posseduti. Sul fronte pensionistico, forti di valutazioni attuariali proiettate già in un arco temporale di 40 anni, oggi di 50 anni, ben oltre i 15 già previsti dalle norme in vigore, le Casse hanno dimostrato di poter reggere anche alle crisi demografiche delle loro categorie professionali ed agli sbilanci fra nuove leve e pensionati, con un, tuttavia, costante attivo fra 12 miliardi di entrate da contributi e 7,7 miliardi di uscite per prestazioni. Attivo che, negli ultimi dieci anni, ha consentito al patrimonio delle Casse di previdenza dei liberi professionisti di registrare una crescita costante, passando dai circa 65,6 miliardi di euro del 2013 ai circa 108 miliardi a fine 2022, con un incremento del 64 % circa e con un ulteriore crescita, maturata nel 2023, che li porterà ad un prevedibile traguardo di oltre 110 miliardi. E’ da sottolineare che i 108 e più miliardi di euro del patrimonio delle Casse previdenziali private, che peraltro afferiscono alla parte attiva del bilancio dello Stato, sono frutto dell’impegno e della lungimiranza delle classi professionali.

Il patrimonio delle Casse è, infatti, investito secondo i principi del modello Asset and Liability Management (ALM). La gestione integrata delle attività e delle passività (ALM) è una metodologia di analisi aziendale diffusa nel mondo bancario ed assicurativo vita, e in altri settori, quali l’assicurazione danni e la stessa previdenza. Ciò ha portato allo sviluppo di una specifica cultura gestionale con cui sono state elaborate misure idonee a garantire il futuro previdenziale degli iscritti. Sono, quindi, le Casse professionali un investitore cruciale per l’Italia, anche con una contribuzione per le casse dello stato che ha superato i 650 milioni ad anno (nel 2022 oltre 750) a fronte di oltre 15 miliardi disposti verso l’economia reale del Paese rappresentata da azioni e fondi d’investimento. La conquistata autonomia e la loro autosufficienza, ricordiamo che nulla ricevono dallo Stato e da cui non hanno alcuna garanzia, consente oggi di poter pensare ad una possibile “mutualità fra categorie” sia sul fronte degli investimenti, come già avviene, sia su interventi assistenziali e di sicurezza sociale.

Ma non mancano le tentazioni, soprattutto in un momento, di scarsità di risorse nazionali, di guardare con golosità ai bilanci delle Casse, facendo scordare ad alcuni che le Casse sono espressamente denominate “Enti Privati”, il che dovrebbe metterle al riparo dalla tentazione di assimilazione alla PA. Su questo punto vale ricordare,

soprattutto, il sistema dei controlli e della vigilanza rappresentato da oltre sette livelli che consistono, poi, in un eccesso di regolamentazione che spesso ne riducono l'azione con vincoli complicati ed inutili.

Invece di guardare alle Casse come possibile "preda" sarebbe il caso che il Governo e la politica ne facilitassero l'obiettivo di veri e propri investitori nazionali. Dapprima rivedendone il regime di tassazione dei rendimenti degli investimenti oggi fermo al 26 per cento contro il 20 per cento delle forme integrative, che li vede equiparati a degli investitori speculativi. Una previsione in tal senso, va ricordato, è contenuta nella delega fiscale, approvata dal governo lo scorso anno, e più volte menzionata dal viceministro dell'Economia Maurizio Leo, che però, per essere realizzata, occorrerà l'emanazione di un decreto attuativo. Il sistema di tassazione potrebbe essere rivisitato, introducendo un principio di correlazione tempo-aliquota. Ad esempio, per i proventi degli investimenti detenuti in forma diretta, o indiretta, tramite fondi di investimento, o contratti assicurativi, per più di 12 mesi, si potrebbe prevedere un'aliquota di tassazione inversamente correlata alla durata degli investimenti, per ridurre gradualmente l'imposizione a partire da un certo anno di detenzione dello strumento finanziario.

Un altro fronte di grande importanza è rappresentato dal grave ritardo del decreto sugli investimenti, previsto per il giugno del 2023, che doveva uscire con le linee guida che consentissero ad ogni Cassa di impostare un proprio regolamento da sottoporre ai ministeri vigilanti. Sarebbe auspicabile che tali richieste normative costituiscano la base di un processo di evoluzione e di efficientamento dei sistemi di gestione delle forme di previdenza in modo da accrescere la sensibilità e la consapevolezza da parte del management sulla sostenibilità degli impegni previdenziali e finanziari. Sarà quindi compito, poi, dell'asset management inserire nel processo di selezione degli investimenti valutazioni che tengano in debita considerazione il portafoglio utilizzando metriche, informazioni e strumenti di valutazione adeguati ed efficienti.

L'autoregolamentazione di oggi ha permesso, comunque, alle Casse di raggiungere risultati significativi investendo, come spesso richiesto, nell'economia reale del Paese. L'obiettivo della politica d'investimento è quello di perseguire combinazioni rischio/rendimento efficienti in un determinato arco temporale, coerente con quello delle prestazioni da erogare. Tenendo, infatti, sempre conto che il loro risparmio è vincolato, innanzitutto, al pagamento delle pensioni, dell'assistenza, e a formare un cuscinetto a garanzia della tenuta del sistema, in quanto non aventi la fiscalità generale a sostenerle come, invece, succede per l'Inps.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 apr
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Enpam: 12 milioni per i sussidi neonatalità, fino a 8mila euro a figlio

L'Enpam ha pubblicato il bando per i sussidi neonatalità che possono arrivare fino a 8mila euro a figlio.

L'ente di previdenza e assistenza dei medici e degli odontoiatri quest'anno ha aumentato a 12 i milioni di euro stanziati, tre in più rispetto allo scorso anno. I sussidi servono per sostenere le spese per il primo anno di vita dei nuovi nati (ad esempio per baby-sitting e asilo nido), o per i primi 12 mesi di ingresso nel nucleo familiare nel caso di affidamenti e adozioni.

Possono fare domanda non solo le dottoresse neo-mamme ma anche i medici e i dentisti padri e gli studenti dei corsi di laurea in Medicina e in Odontoiatria che si sono iscritti facoltativamente all'Enpam.

“Per il futuro dell'Enpam e dei nostri professionisti, ci impegniamo prioritariamente per fronteggiare l'inverno demografico – ha detto il presidente dell'Enpam, **Alberto Oliveti** - . Allo stesso tempo aumentando lo sforzo a favore della neonatalità con somme utili per il baby sitting e la cura dei bambini, cerchiamo di aiutare i nostri iscritti a conciliare gli impegni professionali e quelli famigliari”.

Fino a 8mila euro per figlio

La tutela è stata estesa ai padri per la prima volta nel 2023. L'anno scorso su 2.389 sussidi di neonatalità pagati dall'Enpam, 150 sono andati ai papà. Se entrambi i genitori sono iscritti Enpam, il sussidio, che è di 2mila euro, raddoppia e si cumula. Un ulteriore raddoppio scatta nel caso di liberi professionisti con tre anni di anzianità nella gestione di Quota B.



Infine, il sussidio spetta per ogni figlio nato. Quindi, per fare un esempio, nel caso entrambi i genitori siano iscritti alla Quota B e abbiano due gemelli, l'aiuto totale alla fine sarà di 16mila euro.

Requisiti

Per il sussidio Enpam bisogna essere in regola con il pagamento dei contributi e rispettare dei requisiti di reddito

Quest'anno, il limite per una mamma o un papà single con un figlio è di 66.448,98 euro, per una coppia alle prese con il primo figlio 73.832,20 euro, oppure 81.215,42 euro per una coppia con due figli. Il limite è di 103.365,08 euro se la coppia ha un disabile in famiglia, oltre a due figli.

Da ricordare che il sussidio neonatalità della Fondazione è cumulabile con altre misure che sono garantite a tutti, come il bonus asilo nido che lo Stato distribuisce tramite l'Inps (minimo 1.500 euro fino ai tre anni d'età).

Come fare domanda

Fino alle 12 del 21 giugno, attraverso l'area riservata di Enpam.it, si potrà far domanda del sussidio per tutti i bambini che sono nati nel corso del 2023 e fino alla scadenza del bando.

Per le nascite o gli arrivi in famiglia dopo il 21 giugno si potrà far domanda l'anno prossimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

SENTENZE

S
24

Cassazione: le indennità legate alla presenza si pagano anche durante le ferie

La Direttiva Europea 2003/88/CE, che si applica a tutti i lavoratori dell'Unione Europea, richiamata sia dalla Corte di Giustizia dell'UE sia dalla Corte di Cassazione, stabilisce il principio secondo cui la retribuzione da corrispondere ai lavoratori durante il periodo di ferie deve contenere anche le indennità corrisposte in base alla presenza (a titolo esemplificativo, indennità di turno, indennità di reparto, indennità di servizio esterno, indennità di lavoro disagiato). Si legge, infatti, in una recente sentenza dei Giudici di Palazzo Cavour che "in merito alla retribuzione dovuta nel periodo di godimento delle ferie annuali si ritiene che, ai sensi dell'art. 7 della Direttiva Europea, per come interpretato dalla Corte di Giustizia, sussiste una nozione europea di "retribuzione" che comprende qualsiasi importo pecuniario che si ponga in rapporto di collegamento all'esecuzione delle mansioni e sia correlato allo status personale e professionale del lavoratore" (Corte di Cassazione sentenza n. 19663 dell'11/07/2023).



© RIPRODUZIONE RISERVATA

È VITA

Nella spiritualità la risorsa in più per la cura

T. PROSERPIO - C.A. CLERICI

A pagina 19

Durante la pandemia è emerso tutto il valore delle relazioni umane nel processo di cura: anche questo ci interpella sul modello attuale di assistenza sanitaria.

Spiritualità, la risorsa in più della cura

**TULLIO PROSERPIO
CARLO ALFREDO CLERICI**

In un recente messaggio alla Conferenza sulla Dichiarazione di Helsinki tenutasi in Vaticano, evento organizzato con la Pontificia Accademia per la Vita, il Papa ha ricordato come non si sia ancora realizzato pienamente il ruolo centrale della persona malata nel contesto della medicina moderna e ha sottolineando la necessità di una sua continua salvaguardia e promozione. Francesco ha inoltre esortato a non ridurre la cura sanitaria a mere logiche di mercato e tecnologia, ricordando che dal 1964 la Dichiarazione di Helsinki ha mirato a orientare il pensiero della comunità internazionale verso il servizio dell'umanità, basato su valori di amicizia sociale e fraternità.

Il suo messaggio ci ha spinti a riesaminare il nostro lavoro in ambito di pratica, studio e insegnamento degli aspetti spirituali nella cura.

La recente pandemia ha offerto l'opportunità di rivalutare il valore del lavoro sanitario e di stimolare riflessioni sui costi economici e i valori coinvolti nel processo di cura. Questa esperienza ha messo in evidenza la necessità di una considerazione più attenta e di un approccio umanistico e sostenibile al diritto alla salute, valore fondamentale della nostra società.

Il sistema sanitario italiano, per anni, ha sofferto di tagli significativi in termini di risorse e personale che hanno limitato gradualmente la sua capacità di rispondere efficacemente a un carico assistenziale sempre crescente e più complesso. La pandemia ha rivelato le carenze del sistema,

con il personale sanitario che ha spesso colmato le lacune strutturali col proprio eroismo. Questo ha evidenziato la necessità di un cambiamento nel paradigma dell'assistenza sanitaria, dove la salute non è solo un bene da gestire economicamente ma un diritto fondamentale da tutelare. Proprio durante la pandemia è emerso il valore delle relazioni umane nel processo di cura. La mancanza di contatto tra pazienti, familiari e personale sanitario ha messo in luce l'importanza della dimensione umana e relazionale nella cura. Questo ci interpella sul modello attuale di assistenza sanitaria, troppo spesso concentrato su un approccio tecnologico, con la conseguenza di lasciare in secondo piano l'importanza del supporto emotivo, la considerazione degli aspetti psicosociali della malattia, il ruolo delle relazioni umane e il desiderio di cercare un senso rispetto a quanto sta accadendo nella propria vita. La pandemia ha anche sollevato interrogativi sul modello economico attuale di gestione della sanità. Ad esempio, il sistema dei Drg ha favorito una logica di profitto basata sul volume piuttosto che sulla qualità dell'assistenza, svelando i rischi di una medicina industrializzata che mette in secondo piano le esigenze individuali dei pazienti.



ti, a favore dell'efficienza operativa e della produttività economica. Inoltre, la pandemia ha mostrato come la salute sia influenzata da fattori che vanno oltre la disponibilità di cure mediche avanzate. Condizioni di vita, benessere economico e sociale, equità nell'accesso alle cure sono aspetti che contribuiscono significativamente al benessere generale della popolazione. Ciò richiede un approccio alla salute che

consideri gli aspetti dell'umano non sostenuti dalla mera erogazione di prestazioni sanitarie. Proprio la faticosa stagione della pandemia ci ha ricordato che un'attenzione adeguata alle tematiche sanitarie non può trascurare la parte anziana della società stessa che andrà ad allargarsi e che a oggi conta circa 14 milioni di persone. Le persone che più hanno sofferto sono stati gli anziani relegati nelle proprie abitazioni o nelle Rsa, impossibilitati ad avere contatti con le persone per loro significative. Questi obblighi, validi per tutti, hanno avuto un esito molto più negativo in termini cognitivi, sociali, relazionali per gli anziani, che non hanno potuto recuperare i danni provocati da mesi in solitudine, confermando la centralità delle relazioni.

La recente legge a tutela delle persone anziane indica una nuova attenzione a questo tema che interessa e interesserà sempre più l'intera nazione. Tra gli altri diritti elencati vi è quello del

poter vivere relazioni da parte delle persone anziane. Qui si apre subito l'ulteriore tema di come calcolare il valore delle relazioni. Forse si può ragionare a posteriori, così come è accaduto per la pandemia, e verificare che l'annullamento delle relazioni penalizza la persona ammalata; questo impone che tali dinamiche siano sufficientemente garantite. Immersi in una logica economica in cui ha valore solo quanto può essere verificato e oggettivato ci chiediamo quanto valga una buona relazione. Quanto siamo formati e preparati per vivere relazioni in grado di sostenere la persona che incontriamo? Questa tensione diviene sempre più problematica in un mondo che considera l'egolatria capace di dare senso. Laddove l'altro è percepito solo come strumento in grado di soddisfare il proprio utile e non occasione di arricchimento reciproco. L'esperienza e il dato oggettivo dicono che non è possibile vivere egocentrici se non si vuole perdere una dimensione autenticamente umana. Ciascuno di noi per vivere in modo pienamente umano ha bisogno di vivere e lasciarsi plasmare da relazioni buone e positive; diversamente si registrerà lo schiacciamento della dimensione umana, che si ripercuote anche a livello sociale.

Per il futuro è essenziale avviare un percorso di rinnovamento del sistema sanitario che tenga conto di queste lezioni. Ciò implica non soltanto la necessità di investire in misura maggiore in risorse e personale ma anche di riconsiderare i valori che guidano l'assistenza sanitaria, promuovendo un modello di cura centrato sulla persona e valutando l'efficacia degli interventi non soltanto in termini economici diretti ma anche per il loro impatto sulla qualità della vita dei pazienti. Mettere al centro la persona ammalata, anziana o disabile non è solo un discorso individuale. Al di là del coinvolgimento del paziente, oltre alla famiglia, è coinvolta una dimensione sociale e relazionale. La persona che si ammala, che vive la condizione di disabilità, e la persona anziana chiamano in causa l'intera comunità, come ci viene ricordato dalla Costituzione. La dimensione prettamente economica rischia invece di mettere tra parentesi questi aspetti col risultato che solo chi ha più possibilità economiche e capacità organizzative, risulta favorito nelle possibilità di ottenere cure adeguate.

Gli autori sono cappellano e psichiatra dell'Istituto nazionale dei tumori-Milano e autori del sito www.curaspirituale.it

Il testo integrale del saggio è su Avvenire.it/Vita, sezione Cura

Il crescente prevalere di criteri economici ed efficientisti nell'assistenza sanitaria va a scapito dei legami umani e del supporto emotivo nella malattia. Ma apre spazi a una dimensione ancora sottovalutata

Un modello sanitario incentrato su un diffuso approccio tecnologico va equilibrato con il ruolo delle relazioni e lo spazio all'umanità



Dialogo di un cappellano ospedaliero con un paziente ricoverato al Policlinico Gemelli di Roma
Foto Siciliani



LA POLEMICA

“Feriti i diritti delle donne” Le Regioni che bocchiano i pro-life nei consultori

No di Toscana, Puglia,
Campania ed Emilia
Romagna: “Una norma
sbagliata e medievale”

di Michele Bocci

Toccherà alle Regioni stabilire se far entrare i pro-life nei consultori e per adesso ad aver già deciso cosa fare sono quelle che li lasceranno fuori. Tutte governate dal centrosinistra: Emilia-Romagna, Toscana, Campania e Puglia. L'emendamento approvato martedì al decreto Pnrr, che insolitamente si è trovato a occuparsi di interruzione di gravidanza, prevede che le amministrazioni locali, nell'organizzare i consultori – le strutture dove, tra l'altro, si fanno più certificazioni per l'aborto – possano avvalersi, senza oneri per la finanza pubblica, di soggetti del terzo settore con «qualificata esperienza nel sostegno alla maternità». La norma, che ha generato moltissime polemiche, sancisce l'ingresso dei pro-life nei consultori. Anche la legge che ha introdotto l'aborto in Italia, la 194, prevede la collaborazione con il terzo settore ma solo dopo, per le donne che hanno deciso autonomamente di non interrompere la gravidanza e chiedono di essere aiutate sul piano vista economico.

Dato che la nuova norma non prevede alcun obbligo, quattro Regioni si sono già chiamate fuori. Dall'Emilia-Romagna gli assessori alla Sanità e alle Pari opportunità, Raffaele Donini e Barbara Lori, ribadiscono la loro «assoluta contrarietà a qualunque ipotesi normativa che ci faccia indietreggiare dallo spirito della 194. La storia dell'Emilia-Romagna è quella di una Regione da sempre in

prima linea per i diritti delle donne, sul cui corpo si sta combattendo una battaglia ideologica medievale che speravamo davvero di non vedere mai più». Dalla Toscana, l'assessore alla Salute Simone Bezzini chiarisce: «Non abbiamo intenzione di arretrare di un millimetro sul tema dei diritti delle donne. Non ci avvarremo della possibilità prevista dall'emendamento, che consideriamo assolutamente sbagliata». Michele Emiliano, dalla Puglia, aggiunge: «Siamo stupefatti da questa norma. In linea di principio, questa presenza nelle nostre strutture non ci sarà. Stiamo approfondendo i temi giuridici». E il presidente della Campania Vincenzo De Luca aggiunge che «laicamente, non si può costringere un essere umano a un calvario. Il tema dell'interruzione di gravidanza dovrebbe essere sottratto alle incursioni di associazioni o singoli che non hanno titolo per interferire con le istituzioni, men che mai per offendere dignità e autonomia delle donne».

Più taciturni i vertici politici delle Regioni governate dal centrodestra. In Lombardia si prende tempo, anche se qui i pro-vita sono già in alcuni ospedali pubblici, come il Buzzi e la Mangiagalli di Milano. La linea è che, trovandosi di fronte a una legge dello Stato, la si dovrà applicare. Comunque si aspetta di leggere meglio il testo (che a dir la verità è piuttosto breve).

Non è detto che al presidente del Veneto Luca Zaia faccia piacere l'ingresso dei pro-life nelle strutture

pubbliche. Per ora, comunque, decisioni non ne vengono prese. Mentre in Liguria si muove il consiglio regionale. Stefano Balleari di Fdi aveva presentato già nel 2021 una legge regionale che prevedeva l'apertura, in consultori e ospedali, di una stanza «per favorire la vita». Di quella norma, dopo varie polemiche, si erano perse le tracce. Adesso Balleari plaude al voto del Parlamento e annuncia che riproporrà la sua legge. Intanto, però, il presidente Giovanni Toti dà il via alle associazioni nei consultori, il cui ingresso «dev'essere fatto con misura e delicatezza tali da evitare che si arrivi a un passo indietro rispetto alla legge 194 che, per quanto mi riguarda, è e resta una pietra miliare dei diritti delle donne. Rispettiamo le leggi, ma credo sia comprensibile a tutti che i consultori sono luoghi di sofferenza, di riflessione e in cui è necessario muoversi con grande attenzione». Il Piemonte, infine, aveva già fatto tre bandi da 2,5 milioni per finanziare le associazioni pro-vita anche fuori dalle strutture sanitarie. Con la nuova norma, il loro ingresso nei consultori appare quindi molto probabile. © RIPRODUZIONE RISERVATA



24 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

La ginecologia italiana e l'attività consultoriale. Da tutelare in tutte le sue potenzialità

di Sigo, Aogoi, Agui, Agite *

Si torna a parlare di consultori. Si parla finalmente di nuovo di una realtà che vive, anzi “sopravvive” solo per l’abnegazione del personale sanitario, ginecologi ed ostetriche, che da anni non hanno mai trovato un reale interlocutore istituzionale su tali tematiche, Sono anni che la ginecologia italiana chiede una loro implementazione, con completamento delle equipe multidisciplinari, così come immaginato dalla legge istitutiva che risale al 1975 e che già allora prefigurava un’integrazione tra sanitari e personale sociale e un approccio multidisciplinare come buona pratica di una medicina innovativa, chiede una valorizzazione del lavoro fino ad ora svolto dagli operatori che ci lavorano, spesso tra mille difficoltà, chiede il riconoscimento del valore che, laddove le politiche regionali lo hanno consentito, hanno contribuito, nel periodo pandemico in misura importante, alla tenuta dell’intero sistema e hanno alleggerito gli ospedali di interventi impropri lasciando spazio all’urgenza e alla complessità. Il lavoro di tutte le associazioni di volontariato che dovrebbero, dopo attenta valutazione, collaborare con i consultori non potrà mai vicariare la centralità del lavoro del personale sanitario strutturato che sarà sempre garanzia di equità di approccio, di imparzialità e scientificità di counselling, di correttezza metodologica, di massimo rispetto delle scelte motivate delle donne, di assenza di interferenze, di corretta interpretazione dello spirito della legge 194. La 194, cioè, mette al centro i consultori e ribadendo la finalità della legge, guarda alla scelta della donna, offrendole supporto sia durante la gravidanza che dopo la nascita solo dopo la libera decisione della donna, a continuare la gravidanza. Ricordare l’esperienza quotidiana degli operatori dei consultori significa ricordare anche il contributo fondamentale dato alla riduzione costante del ricorso all’interruzione di gravidanza, resa possibile da una continua presa in carico delle scelte delle donne, come testimoniato dal fatto che i colloqui per Ivg sono più numerosi delle certificazioni, alla diffusione delle conoscenze dei metodi contraccettivi tra i giovani e non solo, e ma anche all’accompagnamento alla nascita per molte donne che rappresenta la principale attività per le nostre strutture.

E allora torniamo a parlare di consultori... ma parliamo soprattutto di come rendere realmente attive tutte le potenzialità previste dalla loro creazione:

- gestione delle gravidanze a basso rischio
- prevenzione della depressione post-partum mediante una reale presa in carico della puerpera, realizzando finalmente quella continuità ospedale-territorio di cui si parla da anni
- effettuazione degli screening oncologici
- attività di prevenzione vaccinale



- attività primo livello nei confronti di patologie come dolore pelvico cronico, endometriosi, vulvodinia, altamente invalidanti, ampiamente trascurate
- gestione del periodo postmenopausale, al fine di consentire una vita in salute per un lungo periodo della propria vita.

Vito Trojano - Presidente nazionale Federazione Sigo

Antonio Chiantera - Presidente Aogoi

Rossella Nappi - Presidente Agui

Valeria Dubini - Presidente Agite

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le parole del futuro

Intervista al fisico Carlo Maria Lazzarini, ricercatore italiano del centro Eli Beamlines di Praga, che ha iniziato a sperimentare un nuovo sistema sia in campo medico sia in quello aerospaziale

«Laser ultra-corti contro tumori e tempeste solari»

Carlo Maria Lazzarini è nato a Cesena, Emilia-Romagna, nel 1989. Laurea triennale e magistrale in Fisica della Materia presso il dipartimento E. Fermi dell'Università di Pisa. Partecipa a esperimenti internazionali su laser ad alta potenza e training su laser e diagnostiche. Oggi lavora a Eli Beamlines Facility un centro di ricerca laser leader e parte di The Extreme Light Infrastructure Eric, un'infrastruttura di ricerca paneuropea che ospita alcuni dei laser più intensi del mondo. Eli Beamlines ha sviluppato e gestisce quattro sistemi laser a femtosecondi all'avanguardia ad alta potenza che raggiungono intensità senza precedenti

Sette anni fa l'idea: riuscire a sconfiggere i tumori con un laser. È il primo brevetto. Oggi, grazie a uno studio incessante, il salto di qualità con la creazione in laboratorio di un fascio di elettroni molto collimato a un'energia record, che ha consentito i primi esperimenti in vivo su cellule ed embrioni di zebrafish (secondo le normative europee i pesci zebra sono utilizzati come nuovo modello per lo studio dell'oncogenesi). Ma il team di scienziati del centro di ricerca Eli Beamlines di Praga, guidati dagli italiani Carlo Maria Lazzarini e Gabriele Maria Grittani, hanno allargato ulteriormente anche il

campo di applicazione del loro sistema di laser ultracorti (pubblicato sulla rivista specialistica *Physics of Plasmas*, dell'American Institute of Physics Publishing), riuscendo a produrre gli effetti, seppur parziali, di una tempesta solare, così da poter testare a terra le attrezzature per i viaggi tra le stelle.

Lazzarini, come funziona questa scoperta?

«Il risultato consiste nell'aver creato in laboratorio un fascio di elettroni estremamente collimato accelerati con un laser ultracorto (femtosecondi) ad 1 kHz a una energia record mai raggiunta prima di 50 MeV (mega-elettronvolt). Precedentemente, sono stati accelerati elettroni a energie maggiori da laser ancora più potenti, ma non era stato finora possibile ottenere allo stesso tempo sia fasci ad alta energia che ad alta ripetizione. Entrambi questi parametri sono necessari per le applicazioni mediche».

Qual è il passo in avanti rispetto al prototipo di raggio laser di qualche anno fa?

«L'effettiva dimostrazione della possibilità di creare fasci di elettroni relativistici che potranno essere usati come bisturi invisibili per la radioterapia e non solo. La loro frequenza (1 kHz, 1000 spari al secondo), inoltre, permetterebbe di fornire la dose necessaria per i trattamenti in poche decine di secondi».

Per quali tipi di malattie funziona?

«Per la cura di tumori ai polmoni, alla prostata e al cervello. Ancora non è stata testata tutta la macchina. Come primo obiettivo abbiamo quello di validare la possibilità di rendere i fasci utilizzabili per metastasi cerebrali. In seguito, potremmo estendere la ricerca. Un'efficienza che dovrebbe anche ridurre il costo della terapia in futuro».

A che punto è il progetto?

«Siamo ancora in fase di test sperimentale, ma questo progetto si sta già avvalendo di importanti collaborazioni scientifiche in campo oncologico con strutture di riferimento, sia ceche che ungheresi, e soprattutto italiane come il Policlinico di Bari: per la parte di fisica sanitaria con il fisico medico, dottor Marco Favetta, per la parte di radioterapia oncologica con il dottor Michele Piombino. Stiamo testando come trattare opportunamente i fasci di elettroni al fine di renderli compatibili con le esigenze mediche e la velocità di un possibile trattamento. Inoltre, sono già in corso i



primi test in vivo su campioni biologici per studiare gli effetti della radiazione prodotta dal laser».

Avete altre collaborazioni in Italia?

«È in fase di lancio una collaborazione tutta italiana con il Cnr-Iso di Pisa sempre sul tema accelerazione di elettroni ad alta frequenza per applicazioni biomediche».

Quanto è grande la macchina?

«L'acceleratore in sé è molto compatto, parliamo di meno di 2 metri cubi. L'ingegnerizzazione e un design industriale professionale potrebbero aiutarci a ridurre ulteriormente le dimensioni».

A quando le prime applicazioni?

«I primi test di piani di trattamento (non su umani) potrebbero già avvenire nei prossimi anni. Tuttavia, per arrivare ad avere una macchina utilizzabile in campo medico servirà più tempo ed un grosso finanziamento sulla scala di decine di milioni di euro».

Quali sono gli altri campi dove può essere applicata questa tecnologia?

«Ad esempio una diagnostica per immagini ultrave-

loce, sempre in campo medico, per i raggi X. Un'altra applicazione è l'utilizzo di questi fasci di elettroni per testare la resistenza alla radiazione di materiali e componenti elettronici per uso aerospaziale. I nostri fasci di elettroni possono simulare parte dello spettro della radiazione presente ad esempio nelle orbite geostazionarie su cui viaggiano i satelliti usati per le comunicazioni e le missioni spaziali».

Nel settore aerospaziale quindi può simulare una sorta di tempesta magnetica solare?

«Non direttamente una tempesta solare come generata vicino al Sole, queste sono molto più potenti. Ma diciamo che si possono in parte simulare in laboratorio le energie e i flussi di particelle "killer" generati dalle tempeste solari che potrebbero mettere fuori uso i sistemi elettronici dei satelliti nelle orbite».

Potrà essere usato quindi per testare attrezzature destinate allo spazio?

«Esatto, fasci di elettroni come i nostri hanno un'energia e una frequenza di ripetizione tale da fornire un simulatore per validare le attrezzature che andranno a far parte dei moduli satellitari sia di missioni di ricerca pubbliche che private. *Radiation-hardening* è il termine inglese che si riferisce allo studio della resistenza delle componenti e circuiti elettronici ai danni o malfunzionamenti causati dalla radiazione. Poiché tutte

le componenti per satelliti inviate nello spazio devono superare lunghi e costosi test per essere approvati prima del lancio (come ad esempio quelli di Esa e Nasa) risulterebbe un enorme vantaggio avere un simulatore per testare vari design prima dei test ufficiali. Stiamo già eseguendo i primi test in laboratorio per misurare la soglia di resistenza alla radiazione di computer e circuiti elettronici di moduli satellitari destinati alla ricerca spaziale».

Oggi si parla molto di laser "militari". Dal punto di vista prettamente teorico cosa potrebbe arrivare a fare una tecnologia simile alla vostra?

«Io e il mio team non lavoriamo in questa direzione. Si parlerebbe di armi ad energia diretta basate su fasci di radiazione elettromagnetica (laser) o radiazione ionizzante (fasci di particelle come gli elettroni). Tali fasci ad alta potenza possono essere usati per la difesa delle truppe e dei target sensibili andando ad abbattere oggetti in avvicinamento come razzi o mezzi sospetti. La radiazione andrebbe a mettere fuori uso istantaneamente a distanza un motore o componenti elettroniche».

Riccardo Tagliapietra

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**«SIMULANDO
LE ENERGIE KILLER
POSSIAMO TESTARE
IN LABORATORIO
LE ATTREZZATURE
PER LO SPAZIO»**

I NUMERI

2017

L'anno in cui è stato brevettato questo sistema per curare i tumori

50

Il primato record di un fascio di energia degli elettroni in megaelettronvolt

1000

Gli hertz di frequenza degli spari del raggio laser usato in laboratorio

1

La grandezza in millimetri del fascio elettronico che viene utilizzato

20

I milioni di euro necessari per arrivare a un primo prototipo



Scoperta a Otranto

Puglia, la zanzara della malaria torna dopo 50 anni

ROMA È tornata l'Anopheles Sacharovi in Italia, conosciuta per lo più per essere la zanzara che "trasporta" la malaria. Ed è stata rintracciata in Puglia. L'Anopheles Sacharovi mancava dal nostro Paese da almeno 50 anni. Ma su 11 aree ispezionate tra San Cataldo, località in provincia di Lecce, e il nord di Otranto, sei sono risultate positive. Qui

l'aumento delle temperature avrebbe creato di nuovo un paradiso per questi vettori della malattia.

Pierantozzi a pag. 12

La zanzara della malaria in Italia dopo 50 anni «Innalziamo i controlli»

►La specie rintracciata nel Leccese: «Proliferano con le alte temperature» ►Corpolongo (Spallanzani): «Malattia mai scomparsa, importata dall'estero»

LO STUDIO

ROMA È tornata l'Anopheles Sacharovi in Italia, conosciuta per lo più per essere la zanzara che "trasporta" la malaria. Ed è stata rintracciata per la precisione sulla costa adriatica nella provincia di Lecce. La notizia è stata data il 10 aprile da "Parasite & Vectors", pubblicazione di parassitologia del BMC, Biomed Central. E non è una bellissima notizia, anche se non prefigura nemmeno catastrofi sanitarie: l'Anopheles Sacharovi mancava infatti dal nostro paese da almeno 50 anni. Gli autori dello studio non hanno dubbi: su 11 aree ispezionate tra San Cataldo, località in provincia di Lecce, e il nord di Otranto, sei sono risultate positive alla presenza di Anopheles. Da una cartina allegata allo studio, si nota che le

zanzare in questione (allo stadio di larva, pupa e adulto) sono state localizzate nella zona litoranea, in territori caratterizzati da presenza di specchi d'acqua, ristagni e alto tasso di umidità. L'aumento delle temperature avrebbe reso i luoghi di nuovo un paradiso per questi vettori della malattia, da cui l'Italia è stata dichiarata ufficialmente libera nel 1970.

«NESSUN ALLARME»

Ma niente paura: non stiamo tornando nella situazione endemica del '900, quando si contavano in Italia più di 2 milioni di casi e circa 10 mila morti l'anno. «La notizia che siano state individuate delle zanzare anofele non stupisce - spiega Angela

Corpolongo dirigente medico

della IV Divisione di Malattie infettive e tropicali allo Spallanzani - Il piano nazionale di sorveglianza delle malattie trasmesse dai vettori prevede proprio di sorvegliare le specie di zanzare presenti sul territorio nazionale suscettibili di essere vettori di malattie, che siano dengue, chikungunya o appunto la malaria». Non bisogna nemmeno pensare che l'Italia sia dal 1970



un paese totalmente malaria-free. I casi di «malaria importata», ovvero contratti in paesi in cui la malattia resta endemica, sono in media 700 l'anno. Pochissimi, ma comunque non ridotti a zero, sono anche i casi di malaria autoctona, ovvero totalmente made in Italy, contratti in Italia da puntura di zanzara in Italia. Sette si verificarono tra il 2011 e il 2015. «In tutta Europa - spiega ancora la dottoressa Corpolongo - esiste prevalentemente malaria da importazione. La presenza dell'anofele in Italia non basta da sola a far temere la reintroduzione della malaria: «perché una zanzara diventi vettore, deve prima entrare in contatto e pungere una persona a sua volta portatrice di gametociti e quindi malata».

IL MONITORAGGIO

L'anofele in Puglia conferma che la guardia non va comunque abbassata e che al contrario, la sorveglianza va aumentata. «Questa nota comporta la necessità di alzare il livello di attenzione sulla profilassi: se un paziente presenta una febbre senza causa conosciuta, mi aliterò comunque, anche se non ha fatto viaggi in zona endemica, perché in Italia è stato identificato un vettore. Mentre per i cittadini significa, non tanto banalmente: alziamo il livello di attenzione alla lotta contro le zan-

zare, che sia con le zanzariere, oppure con l'evitare i ristagni di acqua per esempio nei sottovasi...». Da sottolineare che lo Spallanzani è già attrezzato ad un livello superiore di sorveglianza, con l'ambulatorio ad accesso diretto e privilegiato, presso il quale il paziente con sintomatologia febbrile sospetta può accedere direttamente alla visita medica senza appuntamento. I casi di malaria sono comunque in aumento a livello planetario. «Secondo le ultime cifre dell'Oms, nel 2022 si sono contati circa 250 milioni di casi di malaria al mondo, ovvero 5 milioni in più rispetto al 2021. Nello stesso anno ben 34 nazioni hanno riportato meno di mille casi all'anno. Anche considerando che la pandemia aveva provocato una battuta d'arresto dei contagi, soprattutto a causa dello stop ai viaggi, la tendenza generale è di aumento dei casi - spiega ancora la dottoressa - Anche in Italia i casi di malaria importata sono in aumento». Proprio per questo è importante e saggio «prima di recarsi in zona endemica, fare una consulenza presso un centro di medicina dei viaggi», come quello attivo allo Spallanzani. Domenico Otranto, ordinario di Malattie Parassitarie presso il Dipartimento di Medicina Veterinaria dell'Università «Aldo Moro» di Bari e presidente della Società Mondiale di Parassitologia, ha

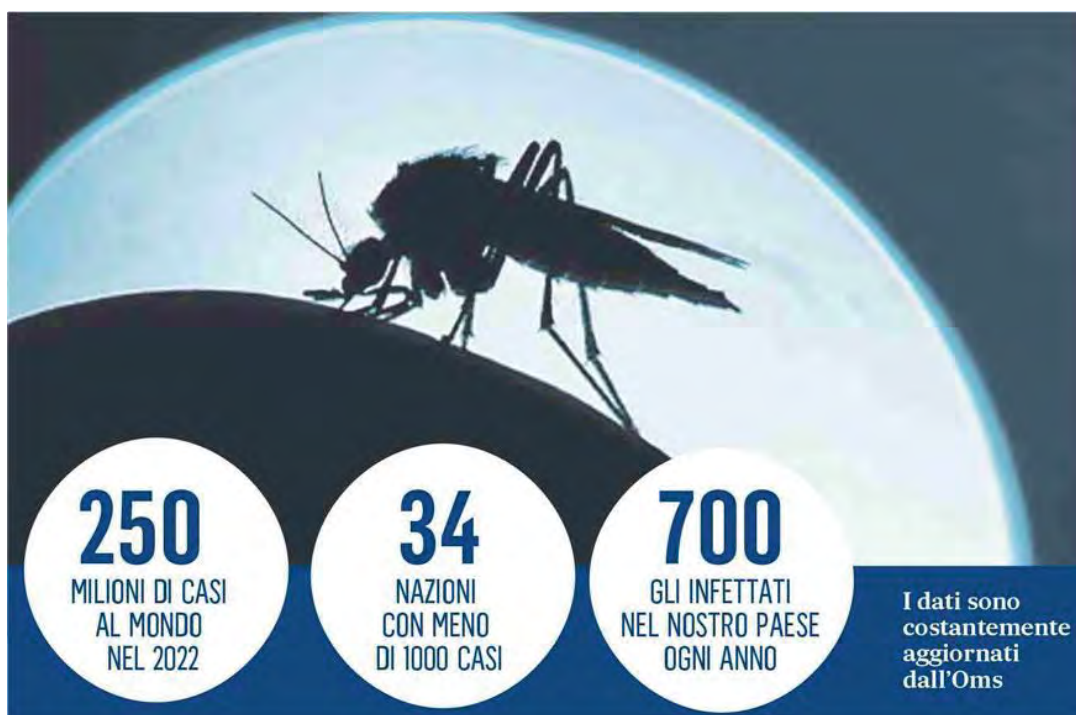
spiegato che alla base del ritorno dell'anopheles in Italia «di certo vi possono essere i cambiamenti climatici che stanno interessando il nostro pianeta. Non si tratta in maniera esclusiva di cause legate all'alzarsi delle temperature, ma anche alla modifica degli habitat e dei micro habitat all'interno dei quali possono proliferare queste zanzare».

Francesca Pierantozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ESISTE ANCHE UNA VARIANTE ITALIANA MA È SOTTO CONTROLLO: «NECESSARIO AUMENTARE IL LIVELLO DI ATTENZIONE SULLA PROFILASSI»

POSSONO ESSERE UTILI ANCHE ACCORTEZZE IN CASA: EVITARE I RISTAGNI D'ACQUA NEI SOTTOVASI E LE ZANZARIERE



L'influenza aviaria si sta adattando ai mammiferi

Diffusione
Salto di specie

E l'influenza aviaria l'osservata speciale degli ultimi anni, già da prima della pandemia. Perché la malattia trasmessa dal virus dell'influenza del gruppo A del ceppo N5H1, del tipo HPAI (da high pathogenicity avian influenza), veicolata dagli uccelli migratori, ha cambiato aspetto, da diversi punti di vista. Non è più, infatti, un virus soltanto stagionale, che circola nei mesi invernali a certe latitudini. Ora colpisce ovunque, tutto l'anno. E sta mostrando una straordinaria capacità di adattamento ai mammiferi: le specie nelle quali è stata scoperta, dai felini ai canidi, dagli animali marini agli orsi, dai visoni alle capre, sono ormai numerosissime, e gli spillover segnalati negli ultimi anni sono stati oltre 900, in 23 paesi. Colpa del riscaldamento del clima, del peggioramento della situazione ambientale in generale, e degli allevamenti intensivi in particolare, che continuano ad aumentare, facendo lievitare le probabilità che qualche animale infetto contagi altre specie, e l'uomo.

L'ultimo caso, in ordine di tempo, riguarda un salto di specie finora raro: quello, doppio, dai volatili ai bovini da allevamento, e da questi all'uomo. In Texas un allevatore è stato infatti infettato da una mucca da latte, non si sa ancora esattamente come. L'uomo non ha avuto sintomi gravi (solo una congiuntivite), ma lo spillover ha allertato i virologi di tutto il mondo, perché, data la quantità di bovini allevati, qualora H5N1 dovesse acquisire mutazioni che facilitano il trasferimento bovini-uomo, la situazione potrebbe diventare seria.

Spiega Antonia Ricci, direttrice dell'Istituto zooprofilattico delle Venezie, dove ha sede il Laboratorio

di riferimento europeo (Eurl) per l'influenza aviaria: «Al momento non sono stati riportati casi nei bovini e nell'uomo in Italia o in Europa, ma quanto accaduto dimostra che dalla pandemia a oggi sono stati fatti significativi passi in avanti. La congiuntivite, sintomo di per sé lieve, è stata infatti associata a H5N1 perché negli allevamenti ora si attua con maggiore attenzione la sorveglianza del personale, cioè si controllano tutti i possibili segnali di spillover, senza tralasciare nulla. In Italia e in Europa non lo si fa ancora sui bovini, ma è prassi consolidata e scrupolosa nel pollame, proprio per cogliere in tempo qualunque elemento di preoccupazione. Inoltre, qualora ve ne fosse la necessità, la sorveglianza, sia sugli animali che sul personale addetto, potrebbe essere rapidamente applicata anche ad allevamenti di altre specie».

Poi c'è l'aspetto legato all'approfondimento di quanto accaduto. Negli Stati Uniti, i ricercatori stanno cercando di capire se i bovini siano stati infettati da volatili selvatici o da un'altra fonte. «I casi segnalati, per ora, riguardano 28 allevamenti in dieci stati anche molto lontani tra di loro» ricorda Ricci. «Non si può escludere, quindi, che il contagio arrivi da una fonte unica come, per esempio, un tipo di mangime, cioè da qualcosa passato da un allevamento all'altro, che non coinvolge i volatili. La comunità scientifica è in attesa della risposta, perché in base a essa le risposte sono molto diverse, a conferma del miglioramento del coordinamento delle ricerche a livello internazionale».

Nel frattempo, con la stessa logica di rete mondiale, le indagini genetiche condotte sugli spillover degli ultimi anni, come su quello

degli Stati Uniti, hanno in parte rassicurato, perché hanno messo in evidenza che, nonostante il virus identificato nell'uomo presenti alcune mutazioni rispetto a quelli riscontrati nei bovini, per ora non sussistono motivi particolari di preoccupazione. «Anche in questo caso, il sequenziamento oggi è più rapido, efficiente e condiviso rispetto a prima della pandemia, e questo rende il lavoro di sorveglianza molto più efficace» sottolinea ancora l'esperta.

Del resto, a riprova che qualcosa si è capito, sulla necessità di essere preparati, in Italia e nel mondo sono partiti diversi grandi progetti, nell'ambito dei quali anche centri fondamentali come gli istituti zooprofilattici sono coinvolti a pieno titolo. Per citarne solo uno di quelli italiani, nel 2022, grazie ai fondi del Pnrr, è nata la Fondazione Inf Act, che riunisce 25 centri di ricerca universitari, il Cnr, il Ministero della Salute, alcune fondazioni e tutti e dieci gli istituti zooprofilattici coordinati in una rete, per un totale di oltre 500 ricercatori, che lavorano sul tema delle malattie infettive emergenti: una sinergia quasi impensabile, in epoca pre-pandemica, e che ha già portato a pubblicazioni e meeting scientifici di aggiornamento.

C'è molto lavoro da fare, ma la pandemia, se non altro, ha accelerato e favorito processi che gli esperti indicavano – inascoltati – come cruciali da molti anni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Antonia Ricci (Eurl):
«Oggi si attua con maggiore attenzione la sorveglianza del personale»



25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

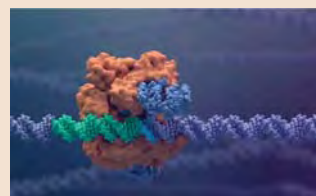
TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Editing del genoma: guariti da talassemia e anemia falciforme grazie alle “forbici” molecolari

Guariti grazie alle “forbici” molecolari in grado di correggere i difetti del DNA. Sono i pazienti con talassemia e anemia falciforme coinvolti in due studi internazionali, pubblicati ora sullo stesso fascicolo della rivista New England Journal of Medicine, che hanno visto l’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù tra i centri di ricerca protagonisti della sperimentazione, basata sulla tecnica di editing genetico nota con il nome di CRISPR-Cas9. Il 91% dei pazienti talassemici – documentano gli studi – ha raggiunto l’indipendenza dalle trasfusioni periodiche, che per i soggetti con affetti da questa malattia sono necessarie per mantenere adeguati i valori di emoglobina nel sangue. Il 97% dei pazienti con anemia falciforme è divenuto invece libero dalle crisi vaso-occlusive, che possono provocare complicanze gravi e fortemente invalidanti. Per il prof. Franco Locatelli, che ha coordinato in particolare la sperimentazione sulla talassemia, si tratta di «una pietra miliare nella storia del trattamento di queste patologie»



L’editing del genoma

L’editing del genoma con il sistema CRISPR-Cas9 è una tecnologia innovativa che valse il Nobel per la Chimica nel 2020 alle scienziate Emmanuelle Charpentier e Jennifer A. Doudna. Funziona come un “correttore” del DNA ad altissima precisione. Il metodo si basa sull’impiego della proteina Cas9, una sorta di forbice molecolare che viene programmata per tagliare o modificare specifiche sequenze del DNA di una cellula, potendo così portare – potenzialmente – alla correzione di varie malattie. CRISPR-Cas9 è un complesso di molecole biologiche formato da frammenti di RNA (acido ribonucleico) e da proteine: il segmento di RNA è la bussola che indica il bersaglio da colpire, la proteina Cas9 esegue il taglio o la modifica. Le cellule prelevate dalla persona malata vengono “corrette” in laboratorio con questo approccio, poi vengono infuse nell’organismo dove si riproducono al posto di quelle difettose.

Talassemia e anemia falciforme

La talassemia e l’anemia falciforme sono le due malattie ereditarie del sangue più frequenti al mondo. In Italia si contano 7000 pazienti talassemici, che dipendono regolarmente da trasfusioni, mentre i pazienti falcemici si stima che siano circa mille, a fronte di 300.000 nuovi nati nel mondo ogni anno. 100.000 i falcemici che vivono negli Stati Uniti d’America, ma il 75% dei bambini con questa patologia nasce nell’Africa Subsahariana. A differenza dei falcemici che nascono nei paesi economicamente più avanzati, con una prospettiva di vita intorno ai 50 anni, la loro probabilità di sopravvivenza difficilmente va oltre i 20-25 anni, per le complicanze legate alla loro condizione.

Entrambe le patologie sono causate dalle mutazioni dei geni coinvolti nella sintesi delle catene dell'emoglobina, la proteina dei globuli rossi che trasporta ossigeno nell'organismo. Normalmente, nei soggetti adulti, ogni molecola di emoglobina è formata da 4 catene proteiche: 2 catene alfa e 2 catene beta. Nelle forme più gravi di talassemia il problema è l'assenza o la marcatamente ridotta produzione di catene beta, che rende inadeguati i livelli di emoglobina nel sangue tanto da dover ricorrere regolarmente a trasfusioni in media ogni tre settimane e assumere tutti i giorni un farmaco in grado di eliminare il ferro che altrimenti si accumulerebbe. Nonostante vi sia stato nel tempo un indiscutibile miglioramento nelle prospettive di sopravvivenza di questi pazienti, di fatto essa rimane ancora oggi di 20-25 anni inferiore rispetto a quella della popolazione sana. Con in più lo sviluppo, spesso, di complicanze legate al sovraccarico di ferro, che possono essere di tipo endocrinologico (diabete, ipotiroidismo o ridotta fertilità), cardiologico o epatologico (fibrosi e addirittura cirrosi).

Nell'anemia falciforme, invece, non è la quantità ma l'alterazione della struttura delle catene beta che porta alla formazione di globuli rossi anomali, a falce, che ostacolano flusso sanguigno e ossigenazione nei capillari provocando crisi vaso-occlusive che possono determinare eventi cerebro-vascolari acuti, ipertensione polmonare, patologie renali o quadri di ridotta funzione della milza. Anche in questo campo i progressi della terapia medica sono stati importanti. Ma pure a fronte di questi miglioramenti, difficilmente la prospettiva di vita dei soggetti falcemici supera i 50-55 anni con complicanze, per alcuni di loro, fortemente invalidanti che si sviluppano anche in età relativamente giovane.

Le forbici molecolari sul gene BCL11A

Le due sperimentazioni internazionali, promosse da Vertex Pharmaceuticals e Crispr Therapeutics, si basano sull'osservazione di un gene, che si chiama BCL11A, che svolge un ruolo fondamentale nella produzione di emoglobina nel sangue al termine della vita fetale. Quella presente nel feto, infatti, è un tipo di emoglobina diversa (chiamata appunto emoglobina fetale), formata non da catene alfa-beta, ma da catene alfa-gamma. Questa specifica molecola di emoglobina viene progressivamente sostituita a partire dalla nascita, quando si attiva un meccanismo, guidato dal gene BCL11A, che blocca la sintesi delle catene gamma con la produzione, al loro posto, delle catene beta, responsabili della malattia nei pazienti con talassemia e anemia falciforme.

Il trattamento sperimentato nei due trial internazionali si basa proprio sul ripristino della sintesi dell'emoglobina fetale tramite l'editing del genoma. Le cellule staminali emopoietiche dei pazienti, prelevate tramite aferesi e selezionate, vengono modificate in appositi laboratori con il sistema CRISPR-Cas9 programmato per "spegnere" il gene BCL11A e far ripartire la produzione di emoglobina fetale alfa-gamma, con i benefici attesi. Dopo questa manipolazione genetica, le cellule modificate vengono infuse nei pazienti che nel frattempo sono stati sottoposti a una terapia farmacologica per "distruggere" il midollo, in modo da fare spazio alle nuove cellule staminali ingegnerizzate che si moltiplicheranno correggendo la malattia.

Sul NEJM nel 2021 erano stati pubblicati i casi di un paziente talassemico e di un paziente falcemico trattati con questo approccio, come dimostrazione "di principio" dell'efficacia della terapia. Già allora l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù era coinvolto nella sperimentazione, che è poi proseguita con lo sviluppo dei due studi multicentrici chiamati CLIMB-111 e CLIMB-121, entrambi pubblicati oggi, dove sono stati arruolati numerosi pazienti di età compresa tra i 12 e i 35 anni trattati con questo approccio. Per il primo studio, dedicato ai pazienti con talassemia, l'Ospedale pediatrico della Santa Sede è stato il centro di coordinamento internazionale, con il prof. Franco Locatelli prima firma, avendo coordinato lo studio e reclutato il maggior numero di pazienti. Per il secondo studio, dedicato ai pazienti con anemia falciforme, patologia che impatta soprattutto sui soggetti di colore, il Bambino Gesù è stato il secondo centro internazionale per arruolamento di pazienti, nonostante la partecipazione di numerosi centri statunitensi.

I risultati degli studi CLIMB-111 E CLIMB-121

Lo studio CLIMB-111 ha coinvolto a livello internazionale 52 pazienti con talassemia di cui 14 arruolati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. 35 pazienti avevano un follow up di 16 mesi, considerato sufficiente per valutare l'efficacia dell'approccio al momento della presentazione dei risultati. 32 su 35 avevano ottenuto la completa indipendenza trasfusionale, pari a una percentuale di poco superiore al 91%. Se si estendono i tempi del follow up, tutti e 52 i pazienti coinvolti nello studio hanno ottenuto l'indipendenza trasfusionale, definita come un valore di emoglobina maggiore o uguale a 9 grammi per decilitro di sangue per almeno un anno di tempo. Il valore medio di emoglobina registrato nei pazienti è stato infatti pari a 13,1 grammi per decilitro (11,9 grammi di emoglobina fetale). Sono valori persino superiori di quelli osservati nei genitori, che sono portatori del carattere di questa patologia autosomica recessiva (un figlio su quattro eredita la malattia). Valori che persistono nel tempo, perché i livelli di emoglobina registrati non diminuiscono nei pazienti con più lungo follow up (4 anni fa la prima infusione) e anche la presenza delle cellule edite, sia nel sangue periferico che nel midollo, non cambia nel tempo e si mantiene stabile. Il profilo di sicurezza, infine, è del tutto congruente con quello di un trapianto autologo e decisamente migliore rispetto a quello che si associa al trapianto allogenico, che infatti anche prima della messa a punto di questa nuova terapia veniva limitato ai soggetti sino ai 12-14 anni, perché sopra questa fascia di età i rischi del trapianto diventavano troppo elevati.

Nello studio CLIMB-121 sulle anemie a cellule falciformi sono stati inclusi 44 pazienti (7 arruolati dall'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù) anch'essi tra i 18 e i 35 anni, con età media di 21 anni. In questo caso, l'obiettivo atteso non era l'indipendenza dalle trasfusioni, ma l'assenza di episodi vaso-occlusivi per almeno 12 mesi consecutivi. 30 di questi pazienti avevano un follow up sufficiente per essere valutati. 29 di loro, pari al 97%, sono diventati liberi da crisi vaso-occlusive. Anche in questo caso i livelli di emoglobina di questi pazienti sono decisamente buoni, con una percentuale di emoglobina fetale superiore al 40%. Ed anche in questo caso il beneficio risulta sostenuto nel tempo.

Due nuove sperimentazioni sui minori di 12 anni

Alla luce di questi dati l'editing genetico con CRISPR-Cas9 per il trattamento di talassemia e anemia falciforme si presenta oggi come un'opzione terapeutica che funziona e che può essere offerta teoricamente ad ogni paziente, perché non è condizionata dalla necessità di avere un donatore compatibile (ogni paziente serve da donatore di sé stesso). La terapia è stata approvata dalla Food and Drug Administration e dall'Agenzia Europea del Farmaco (EMA) per i pazienti di età superiore ai 12 anni. Per i pazienti di età inferiore ai 12 anni sono in corso due nuove sperimentazioni all'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, che ha già trattato due bambini talassemici e due bambini falcemici con risultati incoraggianti, a conferma dell'efficacia della terapia indipendentemente dall'età del soggetto.

Locatelli: "Una pietra miliare"

Per il prof. Franco Locatelli, responsabile dell'area clinica e di ricerca di Oncoematologia, Terapia Cellulare, Terapie Geniche e Trapianto Emopoietico del Bambino Gesù di Roma: «La pubblicazione congiunta dei due studi su una rivista come il New England Journal of Medicine rappresenta una sorta di pietra miliare per quello che è il cambiamento di scenario terapeutico e il potenziale definitivamente curativo di queste due patologie così diffuse nel mondo. Un risultato che dimostra una volta di più la capacità e la determinazione dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù nell'investire in terapie innovative in grado di cambiare la storia naturale di malattie così complesse. Questi studi testimoniano come l'Ospedale presti attenzione a tutto quello che può cambiare la probabilità di sopravvivenza e la qualità di vita dei malati affetti da malattie genetiche».

«Dopo anemia e talassemia
lotta ai tumori modificando il Dna»

Enza Cusmai a pagina 18

L'INTERVISTA FRANCO LOCATELLI

«Anemia e talassemia guarite riparando il Dna Adesso tocca ai tumori»

Il presidente del Consiglio superiore di Sanità: «Addio trasfusioni per i malati. E avranno figli sani»

Enza Cusmai

■ È il responsabile del centro di Oncematologia dell'ospedale Bambino Gesù e ha partecipato per quattro anni (nonostante il suo impegno per il Covid) alla sperimentazione, in collaborazione con altri 15 centri nel mondo (tra cui Usa, Gb, Germania, Francia), ottenendo un successo internazionale certificato dalla pubblicazione sul *New England Journal of Medicine*. Franco Locatelli è giustamente orgoglioso del traguardo raggiunto che regalerà la normalità di chi è affetto da talassemia e da anemia falciforme, due malattie del sangue causate da un gene difettoso che compromette quantità o funzione dell'emoglobina prodotta.

Professore avete sconfitto la talassemia che colpisce 7mila pazienti solo in Italia?

«In un certo senso sì. Questa terapia elimina la dipendenza dalle trasfusioni perio-

diche e cura la patologia utilizzando le cellule del malato modificate geneticamente con il processo di editing genomico, attraverso un sistema noto con il nome di CRISPR-Cas9. È una sorta di taglia e cuci usando le forbici molecolari che correggono i difetti del Dna».

Com'è venuta questa intuizione?

«Nonostante siano ereditarie, durante le prime settimane di vita i neonati con queste patologie non sono né sintomatici né dipendenti da trasfusioni. Allora ci siamo domandati: perché non riattiviamo la sintesi dell'emoglobina prodotta durante la vita endouterina e nota come emoglobina fetale? E con questa tecnica abbiamo riportato indietro le lancette dell'orologio biologico, ripristinando la sintesi dell'emoglobina fetale».

Ma vale per adulti e bambini?

«Sì la sperimentazione ha coinvolti pazienti dai 12 ai 35 anni. E adesso in corso è la fase di sperimentazione dai 2

ai 12 anni di età».

Con un solo prelievo di cellule staminali del sangue si elimina la malattia?

«Basta una sola volta e dopo un mese si ottiene un risultato straordinario: si eliminano le trasfusioni per sempre».

Una speranza per molte coppie talassemiche di poter avere dei figli senza problemi.

«Avere un'arma terapeutica cambia la prospettiva per le coppie a rischio di avere un figlio ammalato. La possibilità di guarigione supera il 90%».

Fino ad ora che rimedi curativi c'erano contro anemia e talassemia?

«Solo il trapianto di midollo ma da donatore compatibile reperibile in non più del 40-50% dei casi. E questa terapia si può effettuare senza rischi eccessivi solo fino a 14 anni. Ora è il paziente stesso che funge da donatore e la





LA TERAPIA

È sufficiente un solo trattamento
La percentuale di successo supera il 90% dei casi

RIVOLUZIONE

Sono malattie ereditarie, finora le coppie rinunciavano alla famiglia

NUOVA FRONTIERA

L'editing genetico può funzionare anche su leucemie e neoplasie solide

procedura non presenta alcuna complicanza grave. Le cellule prelevate dalla persona malata vengono "corrette" in laboratorio con questo approccio, poi vengono infuse nell'organismo dove si riproducono sostituendo quelle difettose. EMA e FDA hanno già autorizzato la terapia dai 12 anni in su».

Per l'anemia falciforme quali sono i vantaggi?

«Il 97% dei pazienti si libera dalle pericolose crisi vaso-occlusive. In Italia ci sono circa 1.000 malati, ma ogni anno nascono 300 mila bam-

bini falcemici soprattutto in Africa. E il 75% non supera i 25 anni di vita. La sfida, anche etica, è rendere disponibile la terapia a queste popolazioni».

Questa tecnica si può utilizzare anche per altre malattie?

«È un'arma terapeutica straordinaria che si può adottare per sconfiggere altre malattie genetiche ma anche per ottimizzare la funzione delle cellule Car T per sconfiggere i tumori del sangue, leucemie e linfomi, e anche per i tumori solidi».

DI COSA SI TRATTA

Difetti genetici corretti con le staminali: basta un prelievo

Lo studio pubblicato sul «New England Journal of Medicine», rappresenta una svolta per l'editing genetico applicato alla medicina e la cura di beta talassemia e anemia falciforme. Nella beta talassemia il difetto di un gene impedisce la formazione corretta dell'emoglobina, la proteina dei globuli rossi che trasporta l'ossigeno. Nei casi gravi, solo una trasfusione ogni 2-3 settimane permette di sopravvivere. Col nuovo editing genetico, grazie alla riparazione del frammento di Dna difettoso, hanno potuto interrompere le trasfusioni: 32 dopo 16 mesi dall'intervento, tutti gli

altri nei mesi successivi. I malati di anemia falciforme hanno visto invece scomparire le occlusioni dei vasi sanguigni che rappresentano la più grave conseguenza della malattia. La tecnica che permette di correggere un difetto del Dna, con prelievo di sangue per estrarvi le cellule staminali. Beta talassemia e anemia falciforme contano in Italia rispettivamente 7mila e mille pazienti.



26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

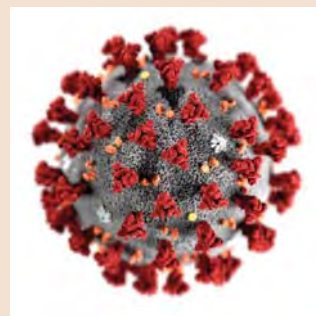
DAL GOVERNO

S
24

Covid: 528 nuovi casi positivi (-1,9%) e tasso di positività fermo allo 0,5%

di Radiocor Plus

Nella settimana compresa tra il 18 e il 24 aprile 2024 si registrano 528 nuovi casi positivi di Covid-19, in calo dell'1,9% rispetto alla settimana precedente e 7 decessi (-22,2%, 9). Lo rileva il bollettino settimanale del ministero della Salute che registra anche 100.622 tamponi effettuati (-6,4%, 107.539) e un tasso di positività dello 0,5%, invariato rispetto alla settimana precedente. Il tasso di occupazione in area medica al 24 aprile è pari allo 0,9% (570 ricoverati), rispetto all'1,1% (700 ricoverati) del 17 aprile mentre il tasso di occupazione in terapia intensiva è dello 0,2% (19 ricoverati), rispetto allo 0,3% (22 ricoverati) precedente.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

MINISTRO SCHILLACI**«Ora risposta ai danneggiati dai vaccini»****LUIGI FRASCA**

••• Dentro al Ministero della Salute c'è un'apposita commissione che si occupa dei danneggiati da farmaci che potrebbe essere implementata per raccogliere le istanze anche di coloro che hanno subito danni dal vaccino anti Covid. Sulla questione delle persone danneggiate dalle vaccinazioni anti Covid il ministro della Salute Orazio Schillaci ha dichiarato: «Abbiamo incontrato, in passato, una rappresentanza di chi ha avuto danni dagli ultimi vaccini. Esiste dentro il Ministero della Salute un'apposita commis-

sione che si occupa dei danneggiati dai farmaci. Vogliamo potenziarla e andare a verificare puntualmente ciò che è successo nel periodo Covid con i vaccini anti-Covid». Mentre sul fronte europeo il ministro ha sottolineato come «abbiamo detto in maniera chiara no al Green pass universale dell'Oms. Lo abbiamo detto ed è legge. C'è stata anche una polemica, ma questo non toglie nulla ai cittadini italiani che hanno il fascicolo sanitario elettronico, che li mette al riparo se avessero bisogno di assistenza sanitaria all'estero». Franco Zaffini, presidente della Commissione Affari sociali e Sanità del Senato,

in merito alla Commissione d'indagine sul Covid si è detto favorevole: «Noi faremo questa Commissione per rendere giustizia alle famiglie dei deceduti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



24 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Vaccini: Oms, negli ultimi 50 anni salvate 6 vite ogni minuto per un totale di 154 milioni di persone

Uno studio che sarà pubblicato da The Lancet rivela che gli sforzi globali di immunizzazione hanno salvato circa 154 milioni di vite – o l'equivalente di 6 vite ogni minuto di ogni anno – negli ultimi 50 anni. La stragrande maggioranza delle vite salvate – 101 milioni – sono state quelle di neonati. Lo studio, condotto dall'Organizzazione

mondiale della Sanità (Oms) e reso noto in occasione del cinquantenario del Programma ampliato di immunizzazione (Epi), che si avrà a maggio 2024, rappresenta l'analisi più completa dell'impatto sanitario globale e regionale del programma negli ultimi cinquant'anni. E - comunicano Oms, Gavi, Unicef e Fondazione Bill & Melinda Gates nel lanciare la campagna "Umanamente possibile" per ampliare i programmi di vaccinazione in tutto il mondo durante la Settimana mondiale dell'immunizzazione 2024 - mostra che "la vaccinazione è il più grande contributo di qualsiasi intervento sanitario per garantire che i bambini non solo raggiungano il loro primo compleanno, ma continuino a condurre una vita sana fino all'età adulta". Tra i vaccini inclusi nello studio, la profilassi contro il morbillo ha avuto l'impatto più significativo sulla riduzione della mortalità infantile, rappresentando il 60% delle vite salvate grazie all'immunizzazione. Questo vaccino rimarrà probabilmente il principale contributo alla prevenzione delle morti in futuro. Negli ultimi 50 anni, la vaccinazione contro 14 malattie (difterite, Haemophilus influenzae di tipo B, epatite B, encefalite giapponese, morbillo, meningite A, pertosse, malattia pneumococcica invasiva, poliomielite, rotavirus, rosolia, tetano, tubercolosi e febbre gialla) ha contribuito direttamente a ridurre la mortalità infantile del 40% a livello globale e di oltre il 50% nella regione africana.

«I vaccini sono tra le invenzioni più potenti della storia, poiché rendono prevenibili malattie un tempo temute - dichiara il direttore generale dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus -. Grazie ai vaccini, il vaiolo è stato debellato, la poliomielite è sull'orlo del baratro, e con recente sviluppo di vaccini contro malattie come la malaria e il cancro cervicale, stiamo ampliando le frontiere delle malattie. Con la continua ricerca, gli investimenti e la collaborazione, possiamo salvare milioni di vite in più oggi e nei prossimi 50 anni».

Lo studio ha rilevato che per ogni vita salvata attraverso l'immunizzazione, sono stati guadagnati in media 66 anni di piena salute – per un totale di 10,2 miliardi di anni di piena salute guadagnati nel corso dei cinquant'anni. Grazie alla vaccinazione contro la polio, oggi più di 20 milioni di persone che altrimenti sarebbero rimaste paralizzate sono in grado di camminare, e il mondo è sul punto di eradicare la poliomielite, una volta per tutte.

Questi progressi nella sopravvivenza infantile evidenziano l'importanza di proteggere i progressi nell'immunizzazione in ogni paese del mondo e di accelerare gli sforzi per



raggiungere i 67 milioni di bambini che non hanno ricevuto uno o più vaccini durante gli anni della pandemia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

S
24

Settimana immunizzazione/ Cattani (Farmindustria): «Vaccini salvano fino a 5 mln di vite. Con programmi su 4 coperture-chiave per adulti benefici da oltre 4.500 dollari per ciclo»

«Vivere di più e meglio, essere protetti fin da piccoli e in tutte le fasi della vita, ridurre i costi delle malattie e garantire maggiore sostenibilità dei sistemi sanitari. Risultati possibili con la prevenzione che dipende da uno stile di vita sano, dagli screening e anche dai vaccini. Che sono uno strumento fondamentale per salvare vite, 3,5-5 milioni di persone nel mondo ogni anno, combattere il fenomeno dell'antimicrobico-resistenza e prevenire alcuni tumori. Oggi i vaccini disponibili contrastano più di 20 patologie. Con una pipeline, secondo dati di Vaccines Europe di agosto 2023, di 103 prodotti in sviluppo da parte delle aziende farmaceutiche in Ue». Così Marcello Cattani, Presidente di Farmindustria, in occasione della Settimana mondiale dell'immunizzazione.

Ma non solo. «Saranno possibili risparmi considerevoli per i vari sistemi sanitari - sottolinea Cattani - soprattutto in una società che diventa più longeva, con un allungamento della vita media. Entro il 2025, infatti, gli over 50 saranno il 50% della popolazione europea. In Italia, ogni euro speso per la vaccinazione degli adulti genera un risparmio di 16 euro. E secondo un recente studio dell'Office of Health Economics, commissionato dalla Federazione internazionale delle imprese farmaceutiche, i programmi di vaccinazione per adulti relativi a 4 malattie - influenza, pneumococco, virus respiratorio sinciziale e herpes zoster - possono generare un ritorno di oltre 4.500 dollari di benefici economici e sociali per ogni ciclo completo di immunizzazione. Una cifra che può arrivare fino a 19 volte l'investimento iniziale.

«Tutela della salute, crescita dell'economia e sostenibilità sono inscindibili. Ecco perché, in questa settimana, con un'azione sinergica di filiera e una partnership pubblico-privato deve essere incoraggiata la cultura della prevenzione - prosegue il presidente delle industrie del pharma -. Il Governo italiano sta facendo molto bene e ha riconosciuto l'importanza strategica della salute. Ancora di più si può fare per il raggiungimento degli obiettivi di copertura vaccinale previsti dal Piano nazionale Prevenzione vaccinale, l'aggiornamento annuale del calendario vaccinale con gli strumenti di immunizzazione disponibili e l'implementazione dell'Anagrafe vaccinale nazionale, strumento che permette di pianificare efficacemente le campagne vaccinali e monitorarne i risultati».



© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 apr 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Long Covid: il modello di cura italiano, punti di forza e sfide in un documento dell'Oms Europeo

Per il trattamento del Long Covid in Italia si riscontra una certa eterogeneità delle cure messe a disposizione dai 124 centri censiti, manca in alcuni casi un raccordo tra le strutture ospedaliere, i servizi territoriali e la medicina di base, e non mancano le sfide organizzative, anche relative ai finanziamenti. La fotografia è contenuta in un summary report appena pubblicato dall'Oms, che passa in rassegna l'approccio alla gestione di questa condizione in alcuni Paesi europei, tra cui anche l'Italia.



Il lavoro presentato nel report è coordinato, per la parte riguardante l'Italia, dall'Istituto Superiore di Sanità. Alcuni dei centri, è emerso, non sono risultati fornire servizi di riabilitazione oppure curare l'aspetto nutrizionale o cognitivo di coloro che vi si rivolgevano. Per dare invece uniformità a un modello di cura nel nostro Paese dal mese di dicembre 2022 sono state rilasciate le linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che oggi rappresentano la base scientifica a cui far riferimento nella cura di questa sindrome e che rappresentano anche un modello proposto a livello internazionale, con un costante aggiornamento da parte degli esperti. Il perno su cui basare l'assistenza sanitaria, si legge nel documento, è dato dalla complessità clinica dei casi e si poggia su un'intersezione tra ospedale e medicina del territorio. Chi è stato ricoverato in una struttura ospedaliera per le conseguenze legate all'infezione da Covid potrà far riferimento a un centro ospedaliero, specie se si tratta di un paziente ad alta complessità, mentre serve un raccordo fra il medico di riferimento e la struttura per i casi a bassa complessità. Chi invece non è stato ricoverato, più facilmente si rivolgerà al medico o pediatra di famiglia, specie se si tratta di un caso non complicato. Ci sono invece, oltre a delle sfide organizzative legate nel nostro Paese al Long Covid, anche altre relative al finanziamento. Sulla base di un decreto ministeriale del 2021, infatti, il report evidenzia che i fondi per la cura delle persone con Long Covid erano previsti fino al 2023, mentre ora la gestione di chi ha questa sindrome varia da Regione a Regione.

Il ruolo dell'Iss nella raccolta di informazioni sul Long Covid

L'Italia ha contribuito alla raccolta di informazioni sul Long Covid da parte dell'Oms riportando i risultati del Progetto CCM "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione COVID-19 (Long Covid)", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Iss. Attraverso i dati del progetto CCM, il nostro Paese ha contribuito al report con dati della medicina generale relativi ai sintomi di oltre 70000 assistiti con pregressa infezione da SARS-CoV-2, un documento di linee guida per la gestione della condizione di Long-Covid sviluppato da esperti clinici con rappresentanza di pazienti, la descrizione delle caratteristiche dei centri di assistenza sul Long Covid identificati da un

survey nazionale coordinata dall'ISS, e una ampia raccolta dati svolta da tre Agenzie Sanitarie Regionali (Friuli, Toscana, Puglia) sull'utilizzo di risorse sanitarie legate a pregresso Covid. Il progetto, che ha anche coinvolto diversi centri clinici di Università ed Ospedali e reti cliniche di Irccs, Istituti di Ricovero e Cura a carattere scientifico, è in fase di conclusione, ed i risultati aggiornati saranno presentati il 22 maggio prossimo in un convegno organizzato da ISS e Fondazione Gemelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 apr 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Egualia: le carenze farmaceutiche sul tavolo della riunione dei ministri della Salute Ue a Bruxelles

Strategia anti-scarso, partenariato per la competitività manifatturiera, meccanismo solidaristico per una riserva europea di farmaci critici ed essenziali. Si riassume in questi tre titoli il senso della proposta che Medicines for Europe ha fatto approdare a Bruxelles in occasione della riunione informale dei ministri della Salute dell'Unione, che ha come secondo punto all'ordine del giorno il tema della sicurezza della fornitura di medicinali nei Paesi membri, lo stoccaggio, la fissazione dei prezzi e la gestione degli appalti pubblici e che si concluderà nel pomeriggio con il lancio ufficiale della European Critical Medicines Alliance. Sotto la lente dei ministri europei della Salute il tema delle carenze e del consolidamento della supply chain farmaceutica e le iniziative da assumere concentrandosi su aree critiche come produzione, approvvigionamento, stoccaggio e determinazione dei prezzi dei farmaci essenziali.

L'obiettivo è riprendere le fila del lavoro avviato lo scorso anno a partire da un documento informale sostenuto da 23 Stati membri che ha delineato proposte per migliorare la sicurezza dell'approvvigionamento di medicinali in Europa, prevedendo tra l'altro l'istituzione di un meccanismo di solidarietà per affrontare le crisi acute carenze, creando un elenco di farmaci critici dell'Unione, lanciando la proposta di un Critical Medicines Act per ridurre la dipendenza da farmaci e intermedi di sintesi chiave. Successivamente una comunicazione della Commissione aveva accolto l'appello proponendo misure finalizzate tra l'altro a garantire la disponibilità degli antibiotici più importanti, attuare un meccanismo volontario di solidarietà, pubblicare un elenco dell'Unione di farmaci critici da monitorare, gestire la vulnerabilità della catena di approvvigionamento, sviluppare un approccio comune alla costituzione delle scorte (non quindi misure di singoli paesi dannose per la libera circolazione dei medicinali nell'UE), istituire una Critical Medicines Alliance per la predisposizione di un piano strategico di contrasto alle carenze.

Presentata ufficialmente nell'evento di questo pomeriggio la Critical Medicine Alliance - del cui comitato direttivo fanno parte rappresentanti degli Stati membri (ministeri Salute e Industria), dell'industria, dei pazienti e degli operatori sanitari, dell'EMA e della Commissione UE - ha come obiettivo principale quello di fornire una piattaforma consultiva inclusiva e trasparente alla Commissione e agli altri decisori dell'UE concentrandosi sull'identificazione delle sfide industriali e sulla determinazione delle azioni e degli strumenti più adatti per affrontare efficacemente le vulnerabilità nelle catene di approvvigionamento di farmaci critici, a partire dall'analisi di vulnerabilità relativa alle sostanze nell'elenco dei medicinali critici pubblicato per la prima volta dall'Agenzia europea per i medicinali (EMA) nel dicembre 2023.

Come parte attiva della European Critical Medicines Alliance, Medicines for Europe



(produttori europei di generici, biosimilari e Value Added Medicines) partecipa alle due giornate di lavori a Bruxelles con una delegazione di 15 rappresentanti delle aziende per portare la propria esperienza: oltre il 90% dell'elenco dei farmaci critici dell'UE sono farmaci generici essenziali che includono trattamenti per malattie cardiovascolari, unità di terapia intensiva, infezioni e tumori.

Tre le priorità delineate dal fronte aziendale:

- una strategia concreta di prevenzione delle carenze che agisca sul tema delle gare pubbliche per l'acquisto di farmaci, premiando la sicurezza dell'approvvigionamento e un maggiore utilizzo dei dati derivanti dal sistema di serializzazione europeo (EMVS) per monitorare gli squilibri tra domanda e offerta;
- un partenariato UE - industria per ripristinare la competitività manifatturiera europea, stimolando l'innovazione nelle tecnologie di produzione;
- un impegno trasparente che punti a sostituire le misure di stoccaggio nazionali con una politica di riserva comune europea, per garantire l'accesso, la disponibilità e la sicurezza dell'approvvigionamento su base solidaristica.

«I farmaci fuori brevetto sono i più coinvolti nel fenomeno delle carenze – spiega **Stefano Collatina**, presidente di Egualea – soprattutto a causa delle condizioni di rimborso particolarmente restrittive ai limiti della sostenibilità economica. La speranza dei produttori europei è che il sostegno al nostro settore prenda la forma in una legge dedicata ai farmaci critici (Critical Medicines Act), con un supporto che copra gli investimenti necessari nella tecnologia di produzione, politiche di mercato che sostengano la diversificazione dei fornitori e la resilienza della catena di approvvigionamento, strumenti digitali adeguati e impegno concreto per cambiare i modelli di acquisto dei farmaci per affrontare i rischi di carenza».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA RIFORMA CONTESTATA

Esami in farmacia, laboratori in rivolta

Sbraga a pagina 10

LA RIFORMA CONTESTATA

Esami in farmacia

La rivolta dei laboratori

Gli ordini dei medici e dei tecnici sanitari di radiologia attaccano il provvedimento: «Devono essere garantiti spazi adeguati»

ANTONIO SBRAGA

••• Il disegno di legge Semplificazioni prevede il via libera all'effettuazione di analisi ed esami nelle nuove «farmacie dei servizi». Però la novità rischia di produrre effetti «collaterali», avvertono gli ordini dei medici e dei tecnici sanitari di radiologia. Mentre l'Unione Nazionale Ambulatori, Poliambulatori, Enti e Ospedalità Privata (Uap) chiede il rispetto di una par condicio alle nuove strutture: «È importante che le farmacie possano dare un sostegno alla salute dei cittadini, ma è altresì necessario che rispettino le procedure autorizzative nazionali già previste, garantendo personale medico, prelevatore, tecnico e biologo adeguato, che siano in grado di valutare gli esami svolti in spazi adeguati e che rispettino i controlli previsti». Invece, sottolinea

l'Uap, «l'attuazione di questo provvedimento normativo consentirà alle farmacie di consegnare dei referti attraverso una semplice emissione di uno scontrino, saltando del tutto la fase di validazione del tecnico, che rappresenta la sintesi delle competenze analitiche, bio-

chimiche e biologiche e delle capacità comunicative ISO 15189:2023 proprie del professionista Tecnico sanitario di Laboratorio medico (TSLB), al quale spetta anche la verifica dell'attendibilità dei risultati oltre all'assunzione di responsabilità nei confronti della persona che riceve i risultati o il referto». Anche secondo la Federazione nazionale degli Ordini tecnici sanitari di radiologia medica (Fno Tsrsm e Pstrp) «allo stato attuale i test eseguiti nelle farmacie sono paragonabili agli esami eseguiti in autotest. Per ogni esame sarà invece necessario utilizzare specifica strumentazione nel rispetto degli standard e delle metodiche in grado di garantire la qualità del parametro analizzato. L'uso dei sistemi Point of care testing (PoCt) risulta infatti adeguato nella fase di autocontrollo e monitoraggio della malattia, mentre è inadeguato nella fase di diagnosi. Per questo motivo è necessaria la corretta gestione di questi dispositivi anche per evitare le potenziali conseguenze derivanti dall'uso di risultati non attendibili degli esami». Diverse le criticità evidenziate nel disegno di legge anche dal presidente della Federazione nazionale degli Ordini dei Medici

Chirurgi e Odontoiatri (Fnomceo), Filippo Anelli, che chiede «un momento di ulteriore riflessione affinché anomalie e disparità non tradiscano i principi di universalità e uguaglianza del nostro Servizio Sanitario Nazionale». Mentre l'Uap chiede «se il ministro Zangrillo sia stato indotto in confusione dalle lobby delle farmacie ed auspica che il Ddl Semplificazioni sia rivisto, prevedendo anche a carico delle farmacie il rispetto delle disposizioni normative previste. Siamo certi che la nostra Presidente del Consiglio, tanto attenta a non favorire le lobby, garantirà la salute dei cittadini e non una sanità approssimativa». Quindi, conclude l'Uap, anche le nuove farmacie dei servizi dovranno «dotarsi di locali destinati ad ambulatori, che rispettano requisiti strutturali e tecnologici, che rispettino la normativa della privacy, della concorrenza, che siano dotate di Certificazioni di Qualità ISO 9001, di personale sanitario adeguatamente formato e specializzato, tra cui soprattutto un Direttore Sanitario, oltre al personale addestrato al primo soccorso e alla sicurezza sui luoghi di lavoro».



26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

S
24

Cattani (Farindustria): sostenere la competitività, stop al passo indietro della Ue sui brevetti

“Mario Draghi, parlando recentemente del prossimo report sulla competitività europea, ha affermato che abbiamo bisogno di un’Ue adatta al mondo di oggi e di domani per tenere il passo in una corsa sempre più spietata per la leadership nelle nuove tecnologie e potendo contare su una manifattura nazionale nei settori più innovativi e in rapida crescita. Settori come l’industria farmaceutica in Italia che gioca un ruolo di primo piano nelle Scienze della Vita”. Lo afferma il presidente di Farindustria, Marcello Cattani, in occasione della Giornata mondiale della proprietà intellettuale. “L’Europa, invece, ha invece di fatto deciso con l’approvazione della revisione della legislazione farmaceutica Ue - sottolinea Cattani - di accorciare la durata della proprietà intellettuale. Proprio mentre altri competitor, come Usa, Cina, India, Paresi Arabi - vanno in direzione opposta”. Per Cattani “è stata una giornata nera per la salute dei pazienti, per l’accesso alle cure e per il patrimonio industriale delle Life Sciences”.

Secondo il presidente di Farindustria “ora è il momento di alzare l’asticella, migliorando la competitività. Assicurando anzitutto una piena tutela della proprietà intellettuale che rafforzi e favorisca gli investimenti delle imprese per rispondere alla concorrenza internazionale e all’aumento dei costi delle materie prime”. L’industria farmaceutica, “grazie all’eccellenza dei suoi ricercatori e delle sue risorse umane ha registrato un aumento delle domande di brevetto del 32% negli ultimi 5 anni, più della media Ue (15%) e degli altri settori a livello nazionale (16%)”. Mentre a livello nazionale registra 50 miliardi di produzione, di cui oltre 49 di export, 3,5 miliardi di investimenti all’anno sul territorio “con un ruolo riconosciuto anche dal Governo che sta promuovendo in ogni sede il valore strategico della filiera”. “Proprio per questo - sottolinea Cattani - è necessario quindi un veloce cambiamento culturale che riporti l’innovazione e l’industria al centro. Per evitare di fare passi indietro, come il gambero”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

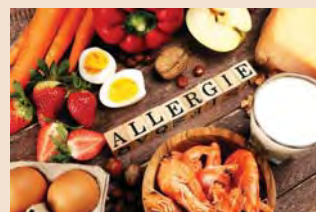
Allergie alimentari: aumentate del 34% in 10 anni, più colpita la fascia d'età 0-3 anni (+120,8%)

Le allergie alimentari nei bambini aumentano in tutto il mondo. Per la prima volta un'indagine tutta italiana, condotta nella regione Campania, fotografa l'andamento del fenomeno negli ultimi 10 anni nel nostro Paese. I risultati dello studio EPIFA (Epidemiology of Paediatric Italian Food Allergy), promosso dalla Società Italiana di Gastroenterologia, Epatologia e Nutrizione Pediatrica

(SIGENP) e coordinato da Roberto Berni Canani, professore ordinario di Pediatria dell'Università degli Studi di Napoli Federico II, sono stati pubblicati sull'ultimo numero della più importante rivista scientifica del settore. "Sono sempre maggiori le evidenze che una crescente pressione negativa da parte di fattori ambientali legati all'eccessivo uso di farmaci antibiotici e di cibi ultra processati possono essere responsabili dell'aumento di prevalenza e gravità delle allergie alimentari e di tante altre patologie croniche dell'età pediatrica – sottolinea Claudio Romano, presidente SIGENP –. La pubblicazione di questo lavoro SIGENP conferma la grande vivacità scientifica della nostra Società e dei ricercatori oltre l'impegno per l'avvio di campagne di prevenzione volte ad educare i bambini e le famiglie ad abitudini alimentari e stili di vita sani". Concorda Renata Auricchio, responsabile dell'Area Malattie Indotte da Alimenti di SIGENP: "Questo studio è importante perché sottolinea la necessità di ridurre il peso epidemiologico e sociale di queste condizioni che poi si estendono anche all'età adulta con un elevato costo sociale e sanitario. Il lavoro di questa Area della SIGENP ha sempre fornito importanti spunti e risultati sulla ricerca clinica e di base, come testimoniato da questo lavoro coordinato da Berni Canani".

I dati sono preoccupanti. "Il nostro studio, condotto dal 2009 al 2021 in tutte le province della Campania, è stato realizzato grazie alla collaborazione di 10 pediatri di famiglia sul territorio, 2 per ogni provincia. Monitorando per un decennio (2009-2021) un campione di 105.151 bambini di età compresa tra 0 e 14 anni è stato osservato un aumento progressivo della prevalenza, cioè +34,4%, delle allergie alimentari in età pediatrica – spiega Roberto Berni Canani -. L'aumento è stato addirittura maggiore nei bambini di età inferiore ai 3 anni: +120,8%. Gli allergeni più frequenti sono risultati il latte vaccino, le uova e la frutta a guscio. Un bambino su 4, tra quelli che hanno sviluppato allergia alimentare, ha presentato storia di shock anafilattico confermando un trend in aumento non solo della prevalenza ma anche della severità delle allergie alimentari in età pediatrica nel nostro Paese, in linea con precedenti dati ottenuti dal medesimo gruppo di ricerca interrogando il database del Ministero della Salute dove si era rilevato un aumento del 400% dei casi di accessi in Pronto Soccorso in Italia per anafilassi da cibo nell'ultimo decennio".

I risultati ottenuti con la ricerca in Campania, secondo l'esperto, rispecchiano la realtà delle altre Regioni italiane. "Estendendo questi risultati alla popolazione pediatrica



generale italiana per un totale di 7.636.545 bambini e ragazzi fino ai 14 anni, stimiamo che attualmente vi siano oltre 92.000 bambini in Italia affetti da allergia alimentare” spiega il prof. Berni Canani. A che cosa è dovuto l’aumento vertiginoso della prevalenza di queste condizioni? “Le cause possono essere molteplici, da una eccessiva prescrizione di antibiotici e farmaci inibitori dell’acidità gastrica, all’uso di disinfettanti e antisettici. Ma un ruolo di grande importanza nel favorire la comparsa di allergie alimentari è dato dall’aumento continuo e inarrestabile del consumo di alimenti ultraprocesati in età pediatrica già a partire dal primo anno di vita – spiega il prof Berni Canani - Questi alimenti ultraprocesati, il cosiddetto ‘cibo spazzatura’ che in Italia, così come in altri paesi come gli Stati Uniti o l’Australia, viene consumato sempre di più dai bambini, anche dai più piccoli, sono in grado di alterare il sistema immunitario e scatenare la comparsa di allergie”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Bando Fism 2024: 5 milioni per la ricerca sulla sclerosi multipla e malattie correlate

Aperto il nuovo bando Fism di 5 milioni di euro per finanziare la ricerca sulla sclerosi multipla e patologie correlate. Il Bando Fism 2024, sostenuto dal 5xmille degli italiani, è promosso dall'Associazione Italiana Sclerosi Multipla (Aism) attraverso la sua Fondazione (Fism), e contribuirà a finanziare progetti di ricerca volti a comprendere le cause, sviluppare cure definitive e migliorare i servizi e la qualità di vita per le persone con SM, NMOSD (malattie dello spettro dei disordini della neuromielite ottica) e MOGAD (malattie associate agli anticorpi anti-MOG) e patologie correlate.

“Credo nella ricerca; è solo grazie alla passione dei ricercatori per la ricerca, al loro lavoro ed impegno continuo che posso continuare a nutrire la speranza di una cura risolutiva e vivere la mia vita in dignità e serenità”, dichiara Cinzia persona con SM.

“Per le 137.000 persone come Cinzia in Italia e per le loro famiglie, la FISM sostiene e orienta la ricerca verso l'eccellenza e l'innovazione, sia a livello nazionale che internazionale. Abbiamo guidato il talento e la passione dei ricercatori verso i settori di ricerca più promettenti. Sono orgoglioso che grazie alla FISM, il principale ente finanziatore della ricerca scientifica sulla SM in Italia, chi riceve una diagnosi di SM sappia di poter contare su risposte concrete, farmaci e terapie che prima non esistevano. Grazie alla FISM, le persone desiderano e aspirano a terapie personalizzate che si adattino al loro progetto di vita - dichiara Mario Alberto Battaglia, presidente della Fondazione Italiana Sclerosi Multipla -. Questo è il senso dell'impegno della Fondazione e di tutti i suoi ricercatori”.

Con un chiaro impegno verso la ricerca di eccellenza, il Bando FISM 2024 finanzia progetti che promettono di apportare un significativo contributo alla comprensione e alla gestione della sclerosi multipla e delle patologie ad essa correlate, in linea con le priorità strategiche dell'Agenda 2025 di AISM.

Il Bando FISM mette in evidenza l'importanza della collaborazione e dell'interdisciplinarietà nella ricerca, incoraggiando la presentazione di progetti che coinvolgano più gruppi di ricerca, anche a livello internazionale. I ricercatori possono proporre progetti annuali, biennali e triennali.

Negli ultimi 5 anni sono stati avviati 192 progetti che sono attualmente in corso, per un valore di oltre 57 milioni di euro. Progetti che hanno un impatto sulle persone con sclerosi multipla e che vanno dal prevenire, al bloccare e riabilitare le funzioni del cervello. Una parte dei finanziamenti viene destinata a infrastrutture capaci di favorire la collaborazione internazionale.

Mario Alberto Battaglia sottolinea tuttavia come ci sia sempre più bisogno di ulteriori fondi che sostengano la ricerca sulla SM “ dei 125 progetti ricevuti nel Bando 2023, ben 88 sono stati valutati come eccellenti, ma solo 24 sono stati finanziati finora, lasciando



in attesa di finanziamento altri 64 progetti. Per questo è importante sostenere la ricerca. Con il Bando FISM viene valutata anche l'assegnazione di una borsa 'Rita Levi Montalcini' triennale insieme a un finanziamento per pari periodo per un progetto di ricerca autonomo a ricercatori italiani qualificati, per facilitare il loro rientro dall'estero o il loro trasferimento in un istituto di eccellenza in Italia. I progetti possono essere presentati fino al 31 maggio 2024.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Mentor: la nuova funzione educativa che accompagna i giovani con disabilità dalla scuola al lavoro

di Marco Lombardi*

Si chiama Mentor la nuova funzione nata nell'ambito dei servizi alla persona e del sostegno sociale che ha l'obiettivo di accompagnare studentesse e studenti con disabilità che frequentano gli ultimi anni delle scuole superiori a orientarsi e partecipare al mondo del lavoro. L'idea nasce da "Inclusi. Dalla scuola alla vita, andata e ritorno", progetto selezionato da "Con i Bambini" nell'ambito del Fondo per il contrasto della povertà educativa minorile coinvolgendo organizzazioni del Terzo settore in tutta Italia per la promozione dei diritti dei cittadini.

Oggi solo la metà dei 42,8 milioni di persone con disabilità in età lavorativa nell'UE ha un lavoro, quindi un maggiore rischio di povertà ed esclusione sociale. Molti hanno avuto un'istruzione e formazione professionale di bassa qualità che porta all'esclusione dal mercato del lavoro.

Eppure studi condotti in Italia da ANFFAS e altre ricerche internazionali hanno evidenziato come le persone con disabilità che partecipano ad attività lavorative beneficino di livelli superiori di qualità di vita, grazie a un maggiore benessere materiale ed emozionale. E, come auspicato dall'obiettivo 8 di sviluppo sostenibile ONU, l'accesso al lavoro - nello specifico l'accesso a lavori che portano la persona con disabilità nella comunità - concorre a realizzare una crescita economica inclusiva e sostenibile per tutti. Manca però oggi in Italia per gli studenti con disabilità un "ponte" che colleghi il mondo della scuola con quello del lavoro e della società in cui potersi realizzare pienamente come cittadini attraverso l'impiego; mancano anche dati ufficiali che registrano questo passaggio importante della vita, in cui cambia la maggior parte dei punti di riferimento, un passaggio ancora più delicato e complesso per chi ha una disabilità. Per contribuire a colmare questa distanza, Inclusi ha dato il via al percorso formativo "Mentor: strumenti e strategie per promuovere la partecipazione lavorativa e qualità di vita", promosso dal Consorzio Sir di Milano. Dopo poco più di un anno di attività, sono al lavoro i primi 10 Mentor d'Italia: sono di base educatori, insegnanti, psicologi e assistenti sociali provenienti da Milano, Cremona, Napoli, Salerno e Senigallia, che hanno frequentato il corso e messo in pratica la formazione, coinvolgendo finora 70 studenti con disabilità. La formazione del Mentor prevede un approccio e uno sguardo nuovi verso la persona con disabilità e il suo progetto di vita, partendo da un'analisi sviluppata attorno a 8 domini: benessere fisico, materiale ed emozionale, autodeterminazione, sviluppo personale, relazioni interpersonali, inclusione sociale e diritti. La valutazione parte dal ragazzo o ragazza per progettare interventi mirati che tengano presenti le sue competenze e risorse, ma anche i suoi desideri, le aspettative e i diritti, con l'obiettivo di



migliorare la sua qualità di vita e favorire una maggiore partecipazione alla società. Il Mentor orienta quindi i giovani verso una professione coniugando interessi e abilità personali con le esigenze del mercato, e li accompagna nella prima delicata fase dell'inserimento lavorativo mediando e modellando con l'azienda le opportunità per facilitare un equilibrio sostenibile tra il datore di lavoro e il nuovo impiegato. Creare percorsi di accesso a posti di lavoro di qualità è anche l'obiettivo del Disability Employment Package, presentato nel 2023 a livello europeo: l'aumento del tasso di occupazione delle persone con disabilità vuole concorrere a raggiungere l'ambizioso obiettivo del Piano d'azione per i diritti sociali che prevede, entro il 2030, che il 78% della popolazione di età compresa tra i 20 e i 64 anni in Europa abbia un'occupazione.

**Psicologo, docente e ricercatore presso HOGENT University of Applied Sciences (Gent, Belgio), formatore e supervisione del percorso Mentor*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

24 apr 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ormoni, un decalogo per preservarli in equilibrio e vivere meglio. Squilibri alla base del 30% delle malattie croniche

Molte persone hanno un'idea di cosa siano gli ormoni ma hanno meno familiarità con le azioni che possono intraprendere per migliorare la propria salute endocrina. Gli ormoni, infatti, svolgono un ruolo chiave non solo nella fisiologia del funzionamento dell'organismo, ma anche, in presenza di squilibri ormonali, della patogenesi di alcune malattie croniche, sia quelle maggiormente note (come obesità, diabete, malattie tiroidee, tumori, infertilità e osteoporosi) che quelle rare (circa 400 secondo alcune stime). Il 30% di queste malattie croniche dipende proprio da squilibri ormonali.

Da qui il senso della "European Hormone Day", un evento di sensibilizzazione sulla salute ormonale promosso dalla Società europea di Endocrinologia (Ese) e dalla Fondazione europea per gli ormoni e il metabolismo (Ese Foundation) e condiviso dalla comunità endocrinologica europea, a cui aderisce anche quest'anno l'Associazione medici endocrinologi italiani (Ame).

Spiega il dottor Renato C. Cozzi, presidente Ame: «Perché è stata istituita la "European Hormone Day"? Perché gli ormoni sono importanti per star bene, vengono prodotti dall'organismo fin dalla nascita, vengono prodotti per tutta la vita e servono per ogni nostra attività, per la crescita, per la riproduzione, per la vita sessuale, per il metabolismo, per lo sviluppo del cervello. Guai se gli ormoni non funzionassero! È grazie agli ormoni che il corpo umano è in stato di benessere!».

Alcuni numeri in Italia delle principali patologie ormonali:

- **Obesità:** l'Istat, relativamente all'anno 2021, rileva che, nella popolazione adulta, la quota di sovrappeso è pari al 36,1% (maschi 43,9%, femmine 28,8%), mentre gli obesi sono l'11,5% (maschi 12,3%, femmine 10,8%), evidenziando un trend in costante crescita. Complessivamente, quindi, in Italia si possono stimare in circa 4 milioni le persone adulte obese.
- **Diabete mellito di tipo 2:** ne soffrono quasi 4 mln di persone, con un trend in progressivo aumento. Colpisce il 21% degli over 75. È più frequente fra gli uomini che fra le donne (5,1% vs 4,2%).
- **Tumore della tiroide:** nel 2023 sono state stimate circa 200 nuove diagnosi di tumore della tiroide, con una evidente prevalenza nella popolazione femminile (8.700 casi tra le donne rispetto a 3.500 casi tra gli uomini). Nel 90-95% dei casi si tratta di carcinoma differenziato.
- **Osteoporosi:** Si stima che colpisca circa 5.000.000 di persone, di cui l'80% sono donne in post menopausa, ovvero il 7,9% della popolazione italiana di cui il 13,2% delle femmine e il 2,3% dei maschi.
- **Deficit della crescita:** è una malattia rara caratterizzata da un'inadeguata secrezione dell'ormone della crescita da parte dell'ipofisi. Questa patologia in Italia interessa 1



bambino su 4000.

IL DECALOGO PER LA BUONA SALUTE ORMONALE

Cosa fare, allora, per prevenire la salute ormonale? A tal proposito, sono state aggiornate dalla Società europea di Endocrinologia e dalla ESE Foundation in occasione di questa terza edizione di "European Hormone Day", 10 raccomandazioni per la buona salute ormonale, che comprendono indicazioni all'adozione di uno stile di vita sano, alla prevenzione delle carenze ormonali evitabili, alla riduzione dell'esposizione agli "interferenti endocrini" (sostanze contenute nella plastica o anche negli ambienti chiusi che portano ad un cattivo funzionamento degli ormoni) e alla diagnosi tempestiva delle malattie endocrine.

Le raccomandazioni, tradotte in 13 lingue ed elencate nella scheda allegata, dovrebbero essere di aiuto perché ognuno di noi possa compiere quei piccoli passi che possono rivelarsi utili per migliorare la salute endocrina. Ciò perché, se da un lato è necessario che i decisori delle politiche sanitarie si impegnino per ottenere i migliori trattamenti e le migliori cure possibili, dall'altro ci sono azioni che tutti noi possiamo intraprendere come singoli individui.

ADOTTA UNO STILE DI VITA SANO

1. Pratica attività fisica

L'attività fisica è essenziale per un sano equilibrio ormonale. 1,5-2,5 ore alla settimana di esercizio fisico aiutano l'organismo a produrre ormoni.

2. Mangia sano

Mangia molta frutta e verdure fresche, cereali integrali e riduci al minimo i cibi confezionati.

3. Dormi a sufficienza

Cerca di dormire ogni notte almeno 7 ore dalla stessa ora senza interruzioni e ti sveglierai fresco/a e pieno/a di energia!

PREVIENI LE CARENZE ORMONALI EVITABILI *

4. Mantieni l'apporto di vitamina D

Mangia pesce grasso, come il salmone e le sardine. Prendi in considerazione l'assunzione di integratori di vitamina D, come l'olio di fegato di merluzzo, nei mesi autunnali e invernali, quando l'esposizione al sole è scarsa.

5. Consuma alimenti ricchi di iodio

Frutti di mare, alghe, uova e latticini possono contribuire a mantenere adeguati livelli di iodio.

6. Consuma alimenti ricchi di calcio

Yogurt, mandorle, fagioli e verdure a foglia scura aiutano a proteggere ossa e denti.

* Chiedi al tuo medico se gli integratori possono essere utili

RIDUCI L'ESPOSIZIONE AGLI INTERFERENTI ENDOCRINI

7. Evita gli imballaggi di plastica

Usa contenitori di vetro o di acciaio inossidabile invece di contenitori e bottiglie di plastica. Bevi acqua dal rubinetto anziché acqua imbottigliata. E non mettere mai la plastica nel microonde!

8. Migliora la qualità dell'aria negli ambienti chiusi

L'aria dentro e fuori casa può contenere sostanze interferenti con il sistema endocrino. Passa regolarmente l'aspirapolvere, spolvera e fai prendere aria alle camere per ridurre la presenza di particelle di polvere.

9. Scegli con attenzione i prodotti per l'igiene e i cosmetici

Questi prodotti possono contenere sostanze interferenti con il sistema endocrino. Controlla gli ingredienti ed evita di acquistare cosmetici che contengono sostanze chimiche che alterano il sistema endocrino, come ftalati, parabeni e triclosan.

ATTENZIONE A SEGNI E SINTOMI PRECOCI DI MALATTIE ENDOCRINE

10. Cerca di arrivare a una diagnosi accurata

Rivolgiti al tuo medico se hai uno di questi sintomi:

- aumento/perdita di peso inspiegabile
- eccessiva sensazione di freddo

- cambiamenti nell'appetito
- capelli e unghie fragili
- stanchezza
- pelle secca e desquamata
- comparsa di depressione
- sete eccessiva
- segni di pubertà precoce o tardiva (al di fuori dell'età di 8-13 anni per le ragazze e di 9-14 anni per i ragazzi)
- solo per gli adulti: perdita della libido, cicli mestruali irregolari, infertilità

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Aosta

Aborto, la denuncia
 “Costrette a sentire
 il battito del feto”

dal nostro inviato **Luca Monaco**
 ● a pagina 15



LA DENUNCIA AD AOSTA

“Costrette ad ascoltare
 il battito del feto
 prima di abortire”

La presidente del
 centro anti violenza
 “Ad alcune sono stati
 offerti aiuti economici”
 La ministra Roccella:
 “Se è successo, l’errore
 è del medico”

dal nostro inviato
Luca Monaco

AOSTA – «In tempi molto recenti», tradotto, la settimana scorsa, «ma anche tempo addietro, abbiamo ricevuto segnalazioni da parte di alcune donne che ci hanno raccontato di essere andate nelle strutture pubbliche del territorio di Aosta per abortire e che hanno subito pressioni da parte dei volontari

pro-vita affinché ascoltassero il battito cardiaco del feto». Altre poi, sono state avvicinate «da persone che hanno promesso loro sostegni economici o beni di consumo, come latte e pannolini, con il preciso intento di dissuaderle da una scelta già sofferta e dolorosa».

La parole della presidente del centro anti-violenza di Aosta Anna Ventriglia risuonano nella sede dell’associazione, al primo piano di via

Torino, nel centro di Aosta e da lì scuotono i vertici della sanità regionale. Spezzano il silenzio che avvolge il reparto di Ginecologia e ostetrica all’ospedale Beauregard, l’unico polo sanitario della città sorve-



gliata dalla cime ancora innevate del Grand Combin.

I casi oggetto della denuncia di Ventriglia non sono più di quattro finora. L'ultimo tentativo di evitare un aborto con la costrizione risale alla settimana scorsa. Eppure nella discreta, ordinata ed efficiente Aosta, nessuno sapeva nulla. Non i vertici della sanità regionale, non il direttore sanitario della Usl, non il sindaco (civico) Gianni Nuti.

L'uscita dell'associazione che gestisce il Centro anti violenza fa discutere: arriva pochi giorni dopo il via libera del Senato al provvedimento che consente ai pro-vita di entrare a pieno titolo nell'organizzazione dei consultori. Lo sa bene anche Ventriglia, che non ha paura di precisare: «Al di là delle singole storie delle donne – avverte – abbiamo considerato che questo potesse essere un preallarme sulla scia di quanto appena votato in Parlamento. La nostra denuncia nasce per dire che attiveremo un monitoraggio su questo fenomeno».

L'azienda Usl Valle d'Aosta replica: «Non c'è nessun volontario pro-vita nei nostri consultori». Secondo gli ultimi dati (2021) la regione ha un tasso di abortività di cinque casi ogni mille donne tra i 15 e i 49 anni. Oltre all'ospedale di Aosta, la sanità pubblica garantisce assi-

stenza alle utenti con nove consultori sparsi sul territorio, tra Donnas, Châtillon e altri comuni.

«Quello della presidente del centro anti-violenza è un addebito grave – afferma il direttore sanitario di Usl Valle d'Aosta Mauro Occhi – non avevamo ricevuto nessuna segnalazione prima di questa denuncia pubblica, né da parte del centro, né da parte di singoli operatori o cittadini. Abbiamo immediatamente avviato le necessarie verifiche e le proseguiremo nei prossimi giorni insieme all'interlocuzione con i responsabili del centro».

Se in Regione c'è chi si domanda perché il centro abbia scelto la strada della denuncia pubblica senza passare prima per gli organismi interni di controllo, è sufficiente affacciarsi sull'uscio del reparto di Ginecologia dell'ospedale di Aosta per raccogliere testimonianze che evidenziano quanto la realtà possa essere più complessa delle narrazioni di comodo.

«Il battito cardiaco del feto? Lavoro qui da anni – premette Maria, un'ostetrica di 38 anni – i medici, quando fanno l'ecografia alla paziente che ha scelto di interrompere la gravidanza, chiedono sempre se vuole guardare il monitor o ascoltare il battito cardiaco. A volte qualcuna accetta». L'ultima volta, prose-

gue Maria, «ho assistito a una scena del genere due settimane fa – ricorda – la paziente, una ragazza italiana di circa 40 anni, alla domanda del medico ha accettato di sentire il battito del feto e poi ha proseguito comunque con l'iter che aveva scelto, interrompendo la gravidanza». Casi di costrizione, «non mi risultano», assicura l'ostetrica.

La prassi che racconta Maria sembra sovrapponibile a quella descritta dalla ministra per la Famiglia Eugenia Roccella (Fdi): «Far sentire il battito del nascituro a una donna che sta andando ad abortire è una cosa che non bisogna fare – dice – ma non è stato certamente un volontario a fare questo, perché per far sentire il battito c'è bisogno di un'ecografia e quindi si tratta di una prassi sbagliata di qualche ginecologo».

Non «credo che il centro si inventi le cose – ragiona Fulvio Centoz, già sindaco di Aosta e candidato dem alle europee nella circoscrizione nord-ovest – È bene andare fino in fondo e verificare ciò che è successo».

I punti

La norma

1 Nel decreto Pnrr già approvato alla Camera Fratelli d'Italia ha inserito un articolo che prevede che i pro-vita possano entrare nei consultori. Spetta alle Regioni decidere: Toscana Emilia-Romagna, Campania e Puglia hanno già detto no

Le opposizioni

2 La sinistra si è mobilitata per difendere il diritto all'aborto. Dura la reazione della segretaria pd Elly Schlein: «Giorgia Meloni, prima presidente del Consiglio donna, sta rivelando il suo vero volto oscurantista»

L'Europa

3 La portavoce Ue per gli Affari economici Veerle Nuyts ha fatto notare all'Italia l'improprietà di inserire la norma sull'aborto nel decreto sul Pnrr. Le associazioni delle donne e la Cgil hanno annunciato azioni di protesta

Spiazzati i vertici della sanità: "Dagli ospedali nessuna segnalazione, via subito alle verifiche"

📍 La mobilitazione

Una manifestazione contro l'aborto del movimento Pro-vita a Roma. Pochi giorni fa il via libera del Senato al provvedimento che consente ai Pro-vita di entrare nei consultori, ma spetta alle Regioni decidere



25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Doppio anniversario per l'Istituto Mario Negri: 60 anni di ricerca e 30 anni di Alumni

di *Armanda Jori**

L'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri ha recentemente celebrato due importanti anniversari: i 60 anni dalla sua fondazione e i 30 anni dalla costituzione della Mario Negri Institute Alumni Association (MNIAA). E' stato un grande orgoglio essere stata selezionata dal professor Garattini tra i suoi primi 22 collaboratori, un grande entusiasmo per la consapevolezza che stavamo aprendo un capitolo nuovo nel fare ricerca scientifica in Italia e anche un po' di timore.

L'associazione degli alumni è stata fondata con lo scopo di mantenere vivi i legami tra gli ex allievi e di promuovere una rete di supporto professionale e umano tra le nuove generazioni di ricercatori e i veterani del settore.

Ma la MNIAA è molto di più, perché oggi attraverso i premi e le borse di studio contribuisce fattivamente alla formazione dei nuovi talentuosi ricercatori, evitando in qualche modo la fuga dei cervelli.

Nel nostro Paese, purtroppo, la ricerca è considerata un costo non un'opportunità di avanzamento e crescita.

Il modesto contributo offerto da noi vecchi ricercatori ai nostri giovani colleghi può gratificarli e indurli a portare in istituto un maggior entusiasmo su quanto acquisito nel loro soggiorno all'estero.

Abbiamo pensato di sostenere i nostri giovanissimi ricercatori (under 30) con un contributo che li aiutasse a partecipare al loro primo evento internazionale, nonostante i costi alti.

E' molto importante per valorizzare quanto il loro lavoro svolto al Negri fosse compatibile con il livello degli altri ricercatori.

La MNIAA perseguirà iniziative rivolte alla divulgazione di informazioni sulla ricerca biomedica ed in particolare su argomenti che possano essere recepiti dalla cittadinanza in modo corretto e esaustivo, per creare una massa critica su tematiche di interesse pubblico.

Il ruolo dell'istituto sarà sempre quello di lavorare, come ha fatto dalla sua fondazione, per la salute dei cittadini, non per un ritorno economico. Una visione operativa che proprio in questi giorni è stata ufficialmente riconosciuta grazie dall'assegnazione della Medaglia di Edinburgo, istituita per chi contribuisce significativamente al benessere dell'umanità.

Il consiglio ai giovani che intraprendono la carriera nel campo della ricerca biomedica è quello di avere curiosità, entusiasmo, costanza e, soprattutto, non stancarsi mai di andare avanti.



**Presidente della Mario Negri Institute Alumni Association (MNIAA)*

Sanità, liste di attesa in calo

► I risultati del patto Regione-privati: giù del 30% i tempi di accesso a visite ed esami. Nei prossimi mesi 4,8 milioni di prestazioni in più. Il nodo di ecografie e risonanze

La medicina data alla sanità del Lazio sta funzionando. Nei primi quattro mesi dell'anno aver unificato le liste d'attesa di ambulatori pubblici, ospedali e cliniche private ha dato il risultato sperato. Secondo i primi dati ufficiali forniti dalla Regione le liste d'attesa della diagnostica stanno riducendo i loro tempi medi circa del 30%, con alcune prestazioni che hanno raggiunto risultati da record e che arrivano al -36%. E le conseguenze si vedono anche per le visite specialistiche, con un dato che, secondo stime, oscillerebbe tra il

15% e il 20%. Quindi, anche prenotare un incontro con un diabetologo o un cardiologo potrebbe essere molto più facile rispetto a quanto vissuto nel 2023.

Valenza a pag. 54 e 55

Sanità, attese giù del 30% grazie al patto con i privati

► Il sistema convenzionato si è fatto carico di 1,5 milioni di prestazioni

► L'obiettivo del governatore Rocca è raggiungere i 4,8 milioni di interventi

I RISULTATI

La medicina data alla sanità del Lazio sta funzionando. Nei primi quattro mesi dell'anno aver unificato le liste d'attesa di ambulatori pubblici, ospedali e cliniche private ha dato il risultato sperato. Secondo i primi dati ufficiali forniti dalla Regione le liste d'attesa della diagnostica stanno riducendo i loro tempi medi circa del 30%, con alcune prestazioni che hanno raggiunto risultati da record e che arrivano al -36%. E le conseguenze si vedono anche per le visite specialistiche, con un dato che, secondo stime, oscillerebbe tra il 15% e il 20%.

Quindi, anche prenotare un incontro con un diabetologo o

un cardiologo potrebbe essere molto più facile rispetto a quanto vissuto nel 2023.

L'OPERAZIONE

I giochi, però, non si sono conclusi. Oggi ci troviamo in una sorta di "fase 1" dell'unificazione del sistema, con 1,5 milioni di prestazioni del privato convenzionato inserite nel Recup. Sarà possibile parlare di una conclusione dell'operazione quando si arriverà a una quota di 4,8 milioni: sarà questa la "fase 2" che porterà al taglio più drastico dei tempi.

Questa era l'intenzione del presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, che aveva lanciato a fine 2023 quando presentò la sua cura per visite e prestazioni della sanità lazia-

le entrate in vigore a tutti gli effetti a gennaio e che, comunque, si traduce in un'operazione complessa perché vanno unificate le agende del pubblico e del privato. Un lavoro che vede un forte ruolo della digitalizzazione. Almeno il 70% di

quelle del convenzionato, alla fine, confluiranno nell'unico sistema. E permetteranno di da-



re una maggiore scelta (e selezione) a tutti coloro i quali si troveranno davanti una ricetta del medico con una prescrizione.

IL SISTEMA

Visite specialistiche, ecografie, risonanze, radiografie, tac: i pazienti del Lazio sanno cosa significa fare una prenotazione. E se il pubblico da anni ha abituato al Recup, il privato convenzionato (quindi, quello che permette l'accesso delle strutture private attraverso una ricetta e il pagamento del solo ticket) in una larghissima parte dei casi passava attraverso propri sistemi di prenotazione. E c'è chi in rubrica metteva da parte (e ha ancora) tutti i numeri per chiamare questa o quella struttura. In futuro, a operazione completata, il numero unico regionale servirà per buona parte delle prestazioni. E basterà solo il super call center regionale.

A oggi 209 strutture sanita-

rie private accreditate hanno completato l'integrazione con il Recup o sono passati al suo utilizzo completo. Ce ne sono 164, invece, che si trovano in una fase "di produzione". Una volta completato il passaggio, dunque, molte più visite e molte più prestazioni saranno prenotabili attraverso il numero unico 06.9939.

GLI EFFETTI

Nelle stanze della sanità regionale i numeri confermano i primi effetti di questa cura taglia-attese che, comunque, continuerà ad andare avanti proprio nel corso dell'anno e rafforzare, così, l'integrazione delle prenotazioni del convenzionato.

Qualche prestazione è comunque andata meglio di altre: si è arrivati al taglio dei tempi di attesa superando il -36% per le risonanze magnetiche del cervello e del tronco encefalico. Nel 2023 per averne una bisognava aspettare 106

giorni, ora si è arrivati a 70. Lo scorso anno se ne sono erogate 2.405, nei primi tre mesi del 2024 si è arrivati a farne 4.520. In questa particolare classifica poco sotto (con un taglio del 35%) ci sono le risonanze magnetiche della colonna senza mezzo di contrasto: dai 93 giorni del 2023 si è passati a un tempo medio di 57.

Lo scorso anno ci volevano invece circa 92 giorni prima di sottoporsi a una risonanza magnetica dell'addome inferiore e dello scavo pelvico con mezzo di contrasto. Ora il tempo medio d'attesa si ferma a 75 giorni: il taglio è del 17,38%. E se nel 2023 se ne sono fatte 565, ora, nel primo trimestre 2024, ne sono arrivate 726 in più.

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ESAME ALLA COLONNA VERTEBRALE NEL 2023 NECESSITAVA DI 93 GIORNI DI ATTESA SCESI A 57 QUEST'ANNO

PER LE RISONANZE MAGNETICHE DEL CERVELLO E DEL TRONCO ENCEFALICO IL TAGLIO DEI TEMPI È STATO DEL 36%

70

È il dato, in percentuale, delle prestazioni sanitarie del privato convenzionato che entreranno a far parte, una volta a pieno regime, del sistema unico di prenotazioni regionale del Recup

209

Sono le strutture sanitarie private accreditate che hanno già completato l'integrazione delle loro agende all'interno del sistema Recup. Sono 164 quelle che si trovano in una fase "di produzione" per l'integrazione

La sala d'aspetto dell'ospedale San Camillo. Per un esame alla colonna vertebrale l'anno scorso si dovevano aspettare 93 giorni, ad aprile i tempi di attesa erano di 57 giorni



Bene le visite oncologiche Ma ecografie in ritardo

► Solo nel 41,4% dei casi è stato possibile fornire la prestazione senza attese
► Difficoltà negli appuntamenti prenotati con otorinolaringoiatra e dermatologo

**IL RECUP REGIONALE
RICEVE OGNI GIORNO
CIRCA 27MILA
TELEFONATE
PER PRENOTAZIONI
SPECIALISTICHE**

IL FOCUS

Il numero unico 06.9939 inizia a squillare già alle 7,30 del mattino. I pazienti chiamano il Recup, il Centro unico di prenotazione, ricette alla mano. Lì arrivano oltre 27.000 chiamate al giorno, sia per le visite specialistiche sia per gli esami diagnostici, come le tac e le ecografie. Lo stop alle visite e alla diagnostica del periodo marzo-giugno 2020, quando la pandemia costringeva a tenere molti servizi a singhiozzo, è ormai stata recuperata, con le 526mila prestazioni saltate che hanno portato necessariamente a un aumento dei volumi per compensare l'interruzione.

PRENOTAZIONI ON LINE

Ad aiutare gli operatori del Recup da poco c'è anche il sistema di prenotazione on line, realizzato sul modello di ciò che venne messo in piedi per le prenotazioni vaccinali contro il Covid-19. In rete si possono selezionare quindici visite specialistiche (dall'endocrinologo al neurologo, dall'oncologo al fisiatra) e trentuno prestazioni diagnostiche (tutte ecografie)

con priorità D (differibile, con colloqui con i medici da erogare entro un mese o analisi entro due) o P (programmata, da erogare entro quattro mesi). Lo scorso anno il Recup ha ricevuto una media di 650mila chiamate al mese che, di fatto, producono 400 mila operazioni tra richieste, slittamenti e disdette. Proprio su queste ultime l'amministrazione regionale vuole lavorare per evitare che si ripeta con una particolare frequenza il fenomeno della visita prenotata a cui poi, il paziente, non si presenta.

LE RICHIESTE

Secondo il monitoraggio dei tempi di attesa dal 15 al 21 aprile, nelle tre Asl romane si rispettano i tempi per il 93,2% delle visite oncologiche (solo in quel periodo sono state erogate 577 prestazioni) e l'84,5% di quelle ginecologiche (1.528 prestazioni effettuate).

Più complessa la situazione per le visite dermatologiche (il 69,6% ha rispettato i tempi di

attesa e ne sono state erogate 4,225) e quelle dell'otorinolaringoiatra (tra il 15 e il 21 aprile ce ne sono state 2.555, con un indice di rispetto dei tempi di attesa del 66,6%). Sempre nello stesso periodo preso a riferimento sono stati effettuati 3.090 elettrocardiogrammi, con una percentuale di rispetto dei tempi dell'80,9%.

Lì dove l'apporto dell'intesa pubblico-privato si potrà vedere con maggior forza è per ecografie e risonanze magnetiche, giusto per fare qualche esempio. Dal 15 al 21 aprile la Regione è stata impegnata a fare 1.164 ecografie complete dell'addome, rispettando i tempi di attesa nel 41,4% dei casi. Si sono fatte anche 1.261 risonanze della colonna senza mezzo di contrasto: poco meno di una prestazione su due - il 43,8% - è stata erogata nei tempi. Quindi, la galassia delle prestazioni è talmente varia che i numeri cambiano a seconda della specialistica. Nel Lazio la quantità



di prestazioni sanitarie è stata tale che, solo nei primi 21 giorni di aprile, ha viaggiato al ritmo di oltre 230 mila prenotazioni: 121 mila prestazioni diagnostiche e 112 mila visite.

IL PIANO

Per dare un taglio alle liste d'attesa della specialistica ambulatoriale sono quattro i pilastri che ha voluto mettere in piedi la Regione: la prescrizione dematerializzata, l'incremento della disponibilità sulla piattaforma Recup, l'aumento dell'appropriatezza prescrittiva per le prestazioni diagnosti-

che di secondo livello (come le Tac e le risonanze magnetiche per la cardiologia) e l'ottimizzazione della gestione delle prenotazioni proprio nel call center regionale.

Si tratta di un sistema complesso, che tocca non solo le dinamiche interne ma anche il lavoro dei medici di base e di quelli specializzati, che ha come obiettivo di tagliare i tempi e di garantire cure e controlli al maggior numero di persone. Anche a chi, in questi anni, ha trascurato la propria salute e

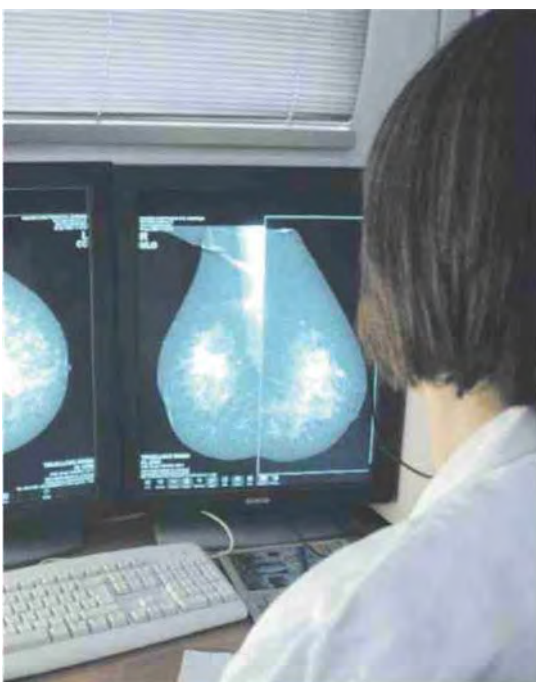
dovrebbe, invece, ascoltare i consigli del dottore.

G.Val.

NEL LAZIO LE RICHIESTE DI ASSISTENZA NEI PRIMI VENTI GIORNI DI APRILE SONO STATE 230 MILA



Nelle foto accanto due visite specialistiche. Per l'ecografica o una radiografia i tempi di attesa sono rispettati solo nel 41% dei casi. Situazione critica anche per l'otorinolaringoiatra



Ricerca, didattica e assistenza: cresce il Campus Bio-Medico

IL PIANO

Nuove strutture dedicate alla didattica, alla ricerca, all'assistenza medica e alla cultura: il Campus Bio-Medico cresce e si trasforma. Ieri mattina, in Campidoglio, è stato presentato il progetto per l'ampliamento dell'intero complesso.

INUMERI

Nei 90 ettari, entro cui ricade anche la Riserva naturale di Decima Malefede, alle strutture già esistenti - che si sono arricchite con l'inaugurazione del nuovo "Cubo" green appena entrato in funzione, un Cultural Box, per la didattica innovativa e simulation center, che ha comportato un investimento di circa 24M autofinanziati dal Campus Bio-Medico con il supporto di Banca Intesa - si aggiungeranno altri 26mila metri quadri dedicati alla cura, 20mila per la formazione universitaria, 10mila per la ricerca biomedica e tecnologica; 6ma per il lavoro e l'innovazione e 28 mila per la socialità. Saran-

no nuove residenze universitarie, attrezzature per lo sport e il tempo libero, l'inclusione e il

dialogo intergenerazionale. Alla presentazione, con scoprimento del plastico del Campus del futuro, il sindaco di Roma, Roberto Gualtieri, l'assessore all'Urbanistica, Maurizio Velocchia, e Titti Di Salvo, presidente del Municipio Roma IX; Carlo Tosti, presidente Università Campus Bio-Medico e Fondazione Policlinico Ucbm; Domenico Mastrolitto, dg Campus Bio-Medico SpA; Maria Claudia Clemente e Francesco Isidori, Founder Studio Labics e progettisti del Social Green Masterplan.

Spiega Mastrolitto: «La visione a lungo termine ci hanno consentito di porre le basi per rendere visibili e concreti i primi risultati. Con il completamento di questo polo sanitario e di formazione internazionale vorremmo realizzare un grande laboratorio a cielo aperto».

«Questo progetto ci consente di operare una ricucitura urbanistica e una rinascita di Triguoria e di tutto il quadrante», dice l'assessore Velocchia, che aggiunge: «quest'opera si inse-

risce pienamente nella nostra idea di città: una città in cui aumenta l'offerta di servizi e funzioni pregiate, a partire da quella sanitaria e universitaria, anche nei territori più periferici. Con il Campus stiamo studiando una collaborazione per migliorare la viabilità di accesso e la qualità dello spazio urbano limitrofo».

Per Gualtieri «è un altro tassello di una Roma che sempre più attira investimenti di eccellenza. Come amministrazione accompagniamo con grande interesse questo piano, coerente con l'idea di sviluppo sostenibile e di apertura al territorio».

«È positiva la collaborazione con il Comune che ha sostenuto e continua a sostenere la visione del nostro progetto - commenta Carlo Tosti - con l'obiettivo di formare più studenti, ricercatori da tutto il mondo, in un campus universitario innovativo e sostenibile, con facilities di campus life».

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL PROGETTO
PER L'AMPLIAMENTO
DEL COMPLESSO, CON
NUOVE STRUTTURE
E RESIDENZE
UNIVERSITARIE**



A sinistra, il plastico del progetto di ampliamento del complesso del Campus Bio-Medico, che è stato presentato ieri in Campidoglio



24 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S
24

Ricerca: neuroscienze, Fondazione Santa Lucia Irccs vince 11 progetti Pnrr

di Radiocor Plus

La Fondazione Santa Lucia Irccs ha ottenuto un totale di 11 progetti finanziati dai fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) 2023 del ministero della Salute per un ammontare complessivo di oltre 10 milioni. Degli 11 progetti approvati, 7 vedono l'ospedale romano in qualità di capofila e 4 in qualità di unità operativa. Tutti i progetti sono declinazioni del vasto ambito delle neuroscienze, campo di ricerca che vede la Fondazione Santa Lucia al primo posto tra gli Irccs italiani. Dallo studio dell'asse intestino-cervello attraverso il microbiota, in un progetto coordinato dal professor Daniele Caprioli, fino al campo delle interfacce cervello-computer non invasive, tecnologia in cui il Santa Lucia Irccs è pioniere da oltre 20 anni grazie al lavoro di Donatella Mattia, vincitrice di uno dei progetti Pnrr. Si inserisce sempre nell'ambito della tecnologia, in particolare delle tecnologie di stimolazione neurologica non invasiva, il progetto del professor Giacomo Koch, neurologo, ricercatore e tra i primi 10 esperti internazionali nell'ambito della stimolazione magnetica transcranica (Tms), vincitore di un progetto Pnrr che unisce la Tms alla stimolazione elettrica in pazienti con Alzheimer.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il bimbo trasferito dall'Inghilterra «Lì non volevano farlo nascere»

Roma, il padre del piccolo attraverso l'avvocato Pillon: ci avevano detto di abortire

ROMA Nel Regno Unito non gli avrebbero dato nessuna chance. Anzi non avrebbero proprio fatto nascere D. M., il bambino di appena un mese affetto da una grave cardiopatia congenita, con cittadinanza italiana, che da qualche giorno è arrivato a Roma, all'ospedale pediatrico Bambino Gesù, grazie a un volo speciale dell'Aeronautica militare e all'intermediazione della presidenza del Consiglio.

Lo ha raccontato il papà del piccolo paziente, originario di Treviso ma da anni residente per lavoro in Inghilterra, dove ha conosciuto la moglie di origini nigeriane, al suo avvocato Simone Pillon che ha curato da un punto di vista legale il trasferimento del bimbo dall'Inghilterra all'Italia a bordo di un velivolo C-130, sempre all'interno di un'incubatrice e costantemente monitorato dal personale sanitario: «Era stata fatta una diagnosi prenatale e per questo i medi-

ci inglesi avevano consigliato ai miei assistiti di interrompere la gravidanza — racconta l'avvocato, lo stesso che lo scorso anno aveva assistito la famiglia di Indi Gregory —, ma la coppia è molto cattolica e si è rifiutata di prendere in considerazione l'ipotesi. Sapevano che il bambino avrebbe avuto dei problemi alla nascita ma erano convinti che sarebbe stato comunque curato».

Invece nei fatti poi così non è stato. «I protocolli sanitari inglesi prevedono che le cure possano partire dai due chili di peso del neonato — continua Pillon —. Ma una volta arrivati ai due chili, i medici hanno spostato l'asticella dicendo che il bimbo sarebbe dovuto arrivare almeno a due chili e mezzo. E quindi i genitori hanno capito che era tutto un modo per prendere tempo e condurlo al fine vita. Così hanno deciso di intraprendere il percorso di trasferimento

in Italia, in una struttura dedicata alla cura dei minori». Un percorso che è stato possibile anche grazie alla stretta collaborazione tra il Bristol Royal hospital for children, che non si è sentito però in grado di intervenire a livello chirurgico e terapeutico, e il Bambino Gesù, dove il cardiocirurgo Lorenzo Galletti ha invece dato immediatamente la sua disponibilità.

Anche perché, diversamente, la sua storia sarebbe potuta diventare l'ennesimo capitolo di morte dopo quelli già scritti negli anni passati dalla giustizia inglese, che aveva deciso l'interruzione delle terapie salvavita per Charlie Gard (2017), affetto da sindrome da deplezione del Dna mitocondriale, una malattia genetica rara, ricoverato nel Great ormond street hospital di Londra; o per Alfie Evans (2018) malato di un disturbo neurodegenerativo e seguito all'Alder hey hospital di Liverpool; oppure per Indi Gregory

(2023) con una malattia mitocondriale degenerativa incurabile, diagnosticata nel Queen's medical centre di Nottingham. Era infatti già fissata per lui l'udienza davanti alla Family court inglese.

E invece, appena arrivato in Italia, il bimbo ha subito due interventi chirurgici per la realizzazione del bendaggio dell'aorta e già oggi (o comunque nei prossimi giorni a seconda delle condizioni) verrà sottoposto a un'altra operazione. «I medici hanno detto che la situazione è buona — conclude Pillon — anche se al momento si parla di speranza. E hanno detto che il piccolo ha un gran voglia di vivere».

Clarida Salvatori

I genitori sapevano che il bambino avrebbe avuto dei problemi alla nascita ma erano convinti che sarebbe stato comunque curato

S. Pillon

La vicenda

- Un bimbo di un mese con cittadinanza italiana, nato in Inghilterra da padre originario di Treviso e madre nigeriana, e affetto da una grave cardiopatia congenita è stato trasferito all'ospedale Bambino Gesù

- Prima di lui anche per Charlie Gard, Alfie Evans e Indi Gregory era stato chiesto lo stesso percorso: la giustizia inglese ha stabilito lo stop delle terapie vitali



Il viaggio L'incubatrice in cui è stato trasportato il piccolo fino a Roma



25 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

S
24

Puglia: al via il progetto per stimare i tempi chirurgici e ridurre i ritardi migliorando la qualità delle cure

Sarà avviata a maggio negli ospedali Bonomo di Andria e Dimiccoli di Barletta il progetto regionale di digitalizzazione “Sistema di tracciabilità dei tempi chirurgici” finanziato con fondi PNRR - Missione 6 Componente 2 Investimento 1.1 e che vede la Asl Bt come azienda capofila a livello regionale per lo sviluppo del progetto e azienda pilota nella fase di implementazione.

Il tracciamento dei tempi chirurgici è un processo che consente di registrare e monitorare la durata delle diverse fasi di un intervento chirurgico. Questo strumento è utile per valutare l'efficienza operativa, identificare aree di miglioramento, ridurre le liste di attesa ed ottimizzare la pianificazione delle risorse all'interno del reparto chirurgico.

Il monitoraggio dei tempi associati agli eventi del percorso chirurgico intra-operatorio, infatti, consente una valutazione attenta del rischio clinico tramite una maggior standardizzazione dei flussi e la tracciabilità del processo. Migliora la capacità di programmazione delle risorse, di pianificazione degli interventi e di gestione dei materiali per l'allestimento delle sale. E non solo: la misurazione permette di analizzare e migliorare i tempi d'uso delle sale operatorie e di ridurre il tasso di interventi cancellati, di gestire più efficacemente le liste d'attesa dei ricoveri che prevedono interventi grazie ad una migliore pianificazione dei flussi operativi e la possibilità di confrontare prassi operative simili tra diverse strutture.

“Il progetto che vede capofila l'Asl Bt - spiega **Maria Cammarota**, dirigente responsabile ICT (Information and Communication Technologies) - mira a consentire la rilevazione automatizzata e il monitoraggio, tramite la soluzione tecnologica individuata e strumenti di Business Intelligence, dei tempi associati agli eventi del percorso chirurgico intra-operatorio, al fine di avere maggiori informazioni per migliorare la pianificazione e la programmazione del percorso, nonché la gestione delle risorse”.

“L'obiettivo principale del tracciamento dei tempi chirurgici, effettuato in collaborazione con le Direzioni dei presidi ospedalieri e con le unità operative di Chirurgia - prosegue **Ivan Viggiano**, direttore amministrativo dell'Asl Bt - è quello di migliorare l'efficienza e la qualità delle cure chirurgiche, riducendo al minimo i ritardi e gli errori. Inoltre, questo strumento, che evidenzia ancora una volta come l'Asl Bt sia pronta a recepire i cambiamenti e le opportunità della trasformazione digitale, può essere utilizzato per valutare le prestazioni del personale chirurgico e identificare eventuali aree che necessitano di formazione o addestramento supplementari”.



26 apr
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

AZIENDE E REGIONI

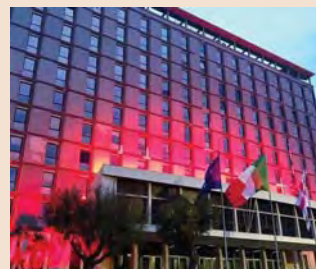


Sardegna: approvata la delibera che inizia il giro di nomine nelle aziende sanitarie

di Davide Madeddu

Inizia il giro di nomine, in ambito sanitario, in Sardegna. Si tratta degli atti che seguono la nomina e composizione della Giunta regionale. E proprio l'esecutivo guidato dalla presidente Alessandra Todde ha approvato la delibera con l'avviso pubblico per la selezione e integrazione della rosa dei candidati idonei alla nomina a di Direttore generale dell'Azienda regionale della salute (Ares), la struttura che si occupa di questioni che vanno dalla predisposizione delle buste paga alla centrale acquisti sino alla firma dei contratti. La decisione dell'esecutivo regionale è maturata in seguito alle dimissioni presentate dalla direttrice generale i primi di aprile. La domanda, firmata digitalmente, deve essere inviata entro il 25 maggio prossimo, e la procedura di selezione sarà per titoli e colloquio. I candidati interessati debbono essere avere un'età non superiore a sessantotto anni. Inoltre diploma di laurea specialistica o magistrale, una comprovata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel settore sanitario o settennale in altri settori, con autonomia gestionale e diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche e o finanziarie, maturata nel settore pubblico o nel settore privato. E inoltre, essere inseriti nell'elenco nazionale dei soggetti idonei alla nomina di direttore generale delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere e degli altri enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 1 del D.Lgs n. 171/2016. Altro aspetto, i candidati non devono aver ricoperto l'incarico di Direttore generale, per due volte consecutive presso l'Azienda.

A stretto giro poi partiranno le altre nomine che riguarderanno i direttori generali delle 8 aziende presenti nel territorio regionale: Cagliari, Carbonia, Oristano, Sassari, Olbia, Nuoro, Lanusei e Sanluri. Poi i direttori generali delle aziende universitarie di Cagliari e Sassari, il direttore dell'Areus (l'azienda che si occupa dell'emergenza e urgenza), e quello dell'Arnas, azienda di rilievo nazionale Brotzu. A cascata dovranno seguire le altre nomine. Si tratta di un direttore sanitario e uno amministrativo per ogni direttore generale. A ruota ci saranno gli altri incarichi e disposizioni.



© RIPRODUZIONE RISERVATA