

11 novembre 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

10/11/2024

«Sanità, urge ripensare il sistema organizzativo anche a livello regionale»

Forza Italia e Ppe. «Vanno incentivati i professionisti»

VERONA L'analisi è stata del presidente della commissione Affari Sociali della Camera, Ugo Cappellacci. «Il sistema sanitario nazionale negli ultimi vent'anni è stato sotto-finanziato per circa 30 miliardi. Questo governo invece ha incrementato la spesa sanitaria. Ci rendiamo conto che non basta a colmare nel breve periodo il gap che si è creato, però si sta andando finalmente nella giusta direzione». Erano quasi duecento le persone del settore sanitario che venerdì all'Hotel Catullo di San Martino Buon Albergo, hanno partecipato al convegno «SSN: Criticità e possibili soluzioni anche in prospettiva europea», organizzato da Ppe e Forza Italia, con l'europarlamentare Flavio Tosi, componente della commissione Envi (che ha delega anche alla Sanità) e già assessore regionale alla Sanità, il deputato Cappellacci, la deputata Paola Boscaini, e il consigliere regionale Alberto Bozza. Tra i relatori il presidente del dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona Giuseppe Lippi, il presidente della Consulta dei primari del-

l'azienda ospedaliera universitaria integrata Vincenzo Di Francesco, il presidente di Aris Triveneto e direttore generale Università e Ricerca dell'Ospedale Sacro Cuore Don Calabria Mario Piccinini e il direttore dell'Unità di Endoscopia Digestiva alla Fondazione Policlinico Gemelli di Roma Cristiano Spada. Il presidente Cappellacci ha sottolineato che «va ripensato il modello organizzativo della nostra sanità». Ha ammesso che «c'è un deficit di alcune tipologie di medici, medici di base, medici dell'urgenza, vedi il pronto soccorso, anestesisti. Vanno incentivate quelle figure. Come vanno trovati infermieri e operatori socio-sanitari, di loro c'è vera carenza». Tosi ha ricordato l'organizzazione del sistema sanitario è in capo alle Regioni: «In Veneto la sanità rimane un'eccellenza, soprattutto negli interventi complessi e sui grandi traumi, ma è innegabile che negli ultimi anni siano emerse delle difficoltà nelle liste di attesa, sia per le prestazioni e gli interventi programmati che per le code al pronto soccorso. Pertanto c'è necessità di mettere mano all'organiz-

zazione socio-sanitaria regionale». «Poi c'è il livello europeo - ha continuato Tosi - e qui vanno esaminati due aspetti: il primo sono i modelli organizzativi, che vanno armonizzati in tutta l'Ue. L'altro aspetto è finanziario. La media dei Paesi Ocse spende almeno il 7,5% del Pil per la sanità, l'Italia è al 6,3%. Dobbiamo anche noi raggiungere quel punto in più di Pil, che significa 20 miliardi di euro. Boscaini ha spiegato che «Gli ospedali e i Ps non possono accollarsi i casi di routine, ma devono assorbire solo le emergenze. La soluzione è rafforzare la medicina territoriale e rendere più specialistica la formazione dei medici di base che vanno poi esentati dalla burocrazia, per dare loro il tempo di fare il loro lavoro, cioè seguire i pazienti. In questi anni invece la Regione ha chiuso gli ospedali e non ha rafforzato come avrebbe dovuto la medicina del territorio». Bozza ha ricordato che «il Veneto nell'ambito socio-sanitario è sempre stata una Regione di eccellenza, oggi però delle crepe si sono aperte, c'è una sofferenza sia nel pubblico che nel privato convenzionato.

Una programmazione delle risorse non sempre impeccabile ha creato un disequilibrio tra i due sistemi. Serve ristabilirlo e va rivisto al rialzo l'aspetto economico dei medici di base, equiparando gli standard a quelli di altri Paesi, ma occorre coinvolgere sempre di più le farmacie, che devono diventare il primo presidio del sistema decentrato».

M. S.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ugo Cappellacci
C'è un deficit di alcune tipologie di medici: di base, dell'urgenza e anestesisti



L'analisi
Un momento del convegno organizzato venerdì da Forza Italia e Ppe su «SSN: Criticità e possibili soluzioni»

Sanità, Tosi: «Occorre riorganizzare il sistema regionale»

di Redazione | 10/11/2024

Convegno di Forza Italia e Ppe sulla sanità veronese. Con Tosi presente il presidente della commissione Affari Sociali della Camera Cappellacci.

Quasi 200 persone venerdì, all'Hotel Catullo di San Martino Buon Albergo, hanno partecipato al **convegno "SSN: Criticità e possibili soluzioni anche in prospettiva europea"**, organizzato da **Ppe e Forza Italia**, con l'europarlamentare **Flavio Tosi**, componente della commissione ENVI (che ha delega anche alla Sanità) e già assessore regionale alla Sanità, il deputato e presidente della commissione Affari Sociali alla Camera **Ugo Cappellacci**, la deputata **Paola Boscaini**, che ha collaborato anche all'organizzazione dell'evento, e il consigliere regionale **Alberto Bozza**.

Tra i relatori il presidente del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona **Giuseppe Lippi**; il presidente della Consulta dei Primari di AOUI Verona **Vincenzo Di Francesco**; il presidente di **Aris** Triveneto e direttore generale Università e Ricerca dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria **Mario Piccinini**; e il direttore dell'Unità di Endoscopia Digestiva alla Fondazione Policlinico Gemelli di Roma **Cristiano Spada**.

Cappellacci ha ricordato che **«il sistema sanitario nazionale negli ultimi vent'anni è stato sotto-finanziato per circa 30 miliardi**, questo Governo invece ha incrementato la spesa sanitaria, ci rendiamo conto che non basta a colmare nel breve periodo il gap che si è creato, però si sta andando finalmente nella giusta direzione».

Cappellacci poi ha sottolineato che **«va ripensato il modello organizzativo della nostra sanità**, non è vero che in generale mancano i medici, ci sono Paesi europei che ne hanno lo stesso nostro numero, ma funzionano meglio perché lì non si sobbarca il medico di altri compiti e oneri». Semmai, ha ammesso Cappellacci, **«c'è un deficit di alcune tipologie di medici**, medici di base, medici dell'urgenza, vedi il pronto soccorso, anestesisti. Vanno incentivate quelle figure. Come **vanno trovati infermieri e operatori sociosanitari**, di loro c'è vera carenza, **oggi i nostri infermieri guadagnano troppo poco rispetto alla formazione che hanno**».

Tosi ha ricordato l'organizzazione del sistema sanitario è in capo alle Regioni: **«In Veneto la sanità rimane un'eccellenza**, soprattutto negli interventi complessi e sui grandi traumi, ma **è innegabile che negli ultimi anni siano emerse delle difficoltà nelle liste di attesa**, sia per le prestazioni e gli interventi programmati che per le code al pronto soccorso, pertanto **c'è necessità di mettere mano all'organizzazione socio-sanitaria regionale**».

«Poi c'è il livello europeo – ha continuato Tosi – e qui vanno esaminati due aspetti: il primo sono i modelli organizzativi, che vanno armonizzati in tutta l'Ue, pensiamo ai **medici di base: in questo settore, come in generale, va uniformata l'organizzazione**, mutuando le best practices dagli altri Paesi».

L'altro aspetto, ha sottolineato Tosi, «è quello finanziario e non è certamente colpa del governo attuale, da decenni il sistema sanitario nazionale è sottofinanziato: la media dei Paesi Ocse spende almeno il 7,5% del Pil per la sanità, l'Italia è al 6,3%, dobbiamo anche noi raggiungere quel punto in più di Pil, significa 20 miliardi di euro. La stessa UE potrebbe imporre un vincolo a tutti i Paesi membri per raggiungere quel target, magari con delle tempistiche concordate. Altrimenti ci incartiamo e succede ciò che sta già avvenendo, che importiamo medici da India o Sudamerica, mentre i nostri che abbiamo formato vanno all'estero per guadagnare di più. Non è che mancano i medici in assoluto, come dice giustamente Cappellacci c'è un deficit organizzativo in tal senso, l'altro problema è che alcune tipologie di medici le perdiamo non investendo adeguatamente».

Boscaini ha spiegato: «Dal nostro segretario Tajani abbiamo avuto l'input di andare nei Pronto Soccorso per capire la drammatica situazione che vivono e di confrontarci con la sanità territoriale. Questo convegno è proprio un momento di ascolto da parte nostra con addetti ai lavori, dirigenti e operatori della sanità. **Gli ospedali e i Ps non possono accollarsi i casi di routine, ma devono assorbire solo le emergenze.** La soluzione è **rafforzare la medicina territoriale e rendere più specialistica la formazione dei medici di base**, questo aiuterebbe a sgravare i Ps dei codici bianchi. **Gli stessi medici di base vanno poi esentati dalla burocrazia**, per dare loro il tempo di fare il loro lavoro, cioè seguire i pazienti. In questi anni invece la Regione ha chiuso gli ospedali e non ha rafforzato come avrebbe dovuto la medicina del territorio».

Bozza ha ricordato che «il Veneto nell'ambito socio-sanitario è sempre stata una Regione di eccellenza, oggi però delle crepe si sono aperte, **c'è una sofferenza sia nel pubblico che nel privato convenzionato.** Una programmazione delle risorse non sempre impeccabile ha creato un disequilibrio tra i due sistemi. Serve ristabilirlo per permettere alla sanità pubblica di non essere eccessivamente caricata di richieste e quindi di dover allungare le liste di attesa».

E per creare una medicina del territorio che funzioni, ha puntualizzato Bozza, «va rivisto al rialzo l'aspetto economico dei medici di base, equiparando gli standard a quelli di altri Paesi, ma occorre coinvolgere sempre di più le farmacie, che devono diventare il primo presidio del sistema decentrato».



10 novembre 2024 13:37

La sanità veronese e veneta al centro di un convegno di Forza Italia, Tosi: «Le liste d'attesa sono un problema enorme»

Il presidente della commissione Affari sociali della Camera Ugo Cappellacci ha evidenziato come «negli ultimi 20 anni sanità sotto-finanziata per 30 miliardi, questo governo invece ha incrementato le risorse»

Quasi duecento persone della sanità veronese, venerdì 8 novembre, hanno partecipato al convegno "SSN: Criticità e possibili soluzioni anche in prospettiva europea", organizzato da Ppe e Forza Italia presso l'Hotel Catullo di San Martino Buon Albergo, con l'europarlamentare Flavio Tosi, componente della commissione ENVI (che ha delega anche alla Sanità) e già assessore regionale alla sanità. Erano inoltre presenti il deputato e presidente della commissione Affari sociali alla Camera Ugo Cappellacci, la deputata Paola Boscaini, che ha collaborato anche all'organizzazione dell'evento, e il consigliere regionale Alberto Bozza. Tra i relatori il presidente del Dipartimento di Medicina e Chirurgia dell'Università di Verona Giuseppe Lippi, il presidente della Consulta dei Primari di Aou di Verona Vincenzo Di Francesco, il presidente di **Aris** Triveneto e direttore generale Università e Ricerca dell'IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria Mario Piccinini e il direttore dell'Unità di Endoscopia Digestiva alla Fondazione Policlinico Gemelli di Roma Cristiano Spada.

Nell'occasione, Cappellacci ha ricordato che «il sistema sanitario nazionale negli ultimi vent'anni è stato sotto-finanziato per circa 30 miliardi, questo governo invece ha incrementato la spesa sanitaria, ci rendiamo conto che non basta a colmare nel breve periodo il *gap* che si è creato, però si sta andando finalmente nella giusta direzione». Cappellacci poi ha sottolineato che «va ripensato il modello organizzativo della nostra sanità, non è vero che in generale mancano i medici, ci sono paesi europei che ne hanno lo stesso nostro numero, ma funzionano meglio perché lì non si sobbarca il medico di altri compiti e oneri». Semmai, ha ammesso Cappellacci, «c'è un deficit di alcune tipologie di medici, medici di base, medici dell'urgenza, vedi il pronto soccorso, anestesisti. Vanno incentivate quelle figure. Come vanno trovati infermieri e operatori sociosanitari, di loro c'è vera carenza, oggi i nostri infermieri guadagnano troppo poco rispetto alla formazione che hanno».

L'europarlamentare Flavio Tosi ha ricordato che l'organizzazione del sistema sanitario è in capo alle Regioni: «In Veneto la sanità rimane un'eccellenza, soprattutto negli interventi complessi e sui grandi traumi, ma è innegabile che negli ultimi anni siano emerse delle difficoltà nelle liste di attesa, sia per le prestazioni e gli interventi programmati che per le code al pronto soccorso, pertanto c'è necessità di mettere mano all'organizzazione socio-sanitaria regionale. Poi c'è il livello europeo - ha continuato Tosi - e qui vanno esaminati due aspetti: il primo sono i modelli organizzativi, che vanno armonizzati in tutta l'Ue, pensiamo ai medici di base: in questo settore, come in generale, va uniformata l'organizzazione, mutuando le *best practices* dagli altri paesi». L'altro aspetto evidenziato da Tosi «è quello finanziario e non è certamente colpa del governo attuale, da decenni il sistema sanitario nazionale è sottofinanziato: la media dei paesi Ocse spende almeno il

7,5% del Pil per la sanità, l'Italia è al 6,3%, dobbiamo anche noi raggiungere quel punto in più di Pil, significa 20 miliardi di euro». Flavio Tosi ha poi ribadito: «La stessa Ue potrebbe imporre un vincolo a tutti i paesi membri per raggiungere quel target, magari con delle tempistiche concordate. Altrimenti ci incartiamo e succede ciò che sta già avvenendo, che importiamo medici da India o Sudamerica, mentre i nostri che abbiamo formato vanno all'estero per guadagnare di più. Non è che mancano i medici in assoluto, come dice giustamente Cappellacci c'è un deficit organizzativo in tal senso, l'altro problema è che alcune tipologie di medici le perdiamo non investendo adeguatamente».

La deputata di Forza Italia Paola Boscaini ha quindi spiegato: «Dal nostro segretario Tajani abbiamo avuto l'input di andare nei pronto soccorso per capire la drammatica situazione che vivono e di confrontarci con la sanità territoriale. Questo convegno è proprio un momento di ascolto da parte nostra con addetti ai lavori, dirigenti e operatori della sanità. Gli ospedali e i Ps non possono accollarsi i casi di routine, ma devono assorbire solo le emergenze. La soluzione è rafforzare la medicina territoriale e rendere più specialistica la formazione dei medici di base, questo aiuterebbe a sgravare i Ps dei codici bianchi. Gli stessi medici di base vanno poi esentati dalla burocrazia, per dare loro il tempo di fare il loro lavoro, cioè seguire i pazienti. In questi anni invece la Regione ha chiuso gli ospedali e non ha rafforzato come avrebbe dovuto la medicina del territorio».

Infine, il consigliere regionale Alberto Bozza ha ricordato che «il Veneto nell'ambito socio-sanitario è sempre stata una Regione di eccellenza, oggi però delle crepe si sono aperte, c'è una sofferenza sia nel pubblico che nel privato convenzionato. Una programmazione delle risorse non sempre impeccabile ha creato un disequilibrio tra i due sistemi. Serve ristabilirlo per permettere alla sanità pubblica di non essere eccessivamente caricata di richieste e quindi di dover allungare le liste di attesa». E proprio per creare una medicina del territorio che funzioni, ha puntualizzato Bozza, «va rivisto al rialzo l'aspetto economico dei medici di base, equiparando gli standard a quelli di altri paesi, ma occorre coinvolgere sempre di più le farmacie, che devono diventare il primo presidio del sistema decentrato».

DIEGO M MILANO DIEGOM.IT

la Repubblica

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Mario Orfeo

OUTERWEAR PASSION



Lunedì 11 novembre 2024



Oggi con Affari & Finanza

€ 1,70

LA GUERRA IN UCRAINA

Trump frena Putin

Primo colloquio telefonico tra i due leader: evitare escalation per una rapida soluzione di pace... Ma nel Kursk schierati cinquantamila soldati russi e nordcoreani pronti a sfondare le difese di Kiev... Clima, è già un flop la Cop a Baku. Gli Usa: via dagli accordi di Parigi

Trump ha già parlato con Putin, giovedì, dalla sua casa di Mar-a-Lago, ammonendolo a non lanciare un'escalation in Ucraina per una rapida soluzione della guerra...

Antisemitismo

Israele in allarme: non andate alla partita in Francia

dai nostri inviati Foschini e Mastrobuoni a pagina 13

Sport



Sinner, buona la prima

di Carlo Annovazzi nello sport



Roma, fuori il secondo

di Silvia Scotti nello sport

Bologna

Salvini va all'attacco dei centri sociali Il sindaco: camicie nere

L'insulto ideologico

di Filippo Ceccarelli

Se il linguaggio è lo specchio dell'anima, ecco che la memoria, la coscienza e la coerenza del vicepremier Salvini sono materia dinanzi a cui ogni giudizio si deve arrestare.

BOLOGNA - A meno di una settimana dalle regionali in Emilia Romagna, è scontro tra Bologna e Roma. La guerriglia di sabato scorso tra i collettivi antifascisti e il corteo dei Patrioti neofascisti ha innescato la miccia...

di Baldessarro, Bignami e De Cicco alle pagine 6 e 7

Mappe

Vita e carriera all'estero i nostri giovani in fuga

di Ilvo Diamanti

L'Italia non è un Paese per giovani. E, anzitutto, non è un Paese di giovani. Al contrario. È il più anziano d'Europa. Secondo i dati di Eurostat, infatti, metà della popolazione italiana supera i 48 anni e circa un quarto più di 65.

a pagina 19

Il caso

Pistole e coltelli in saldo al mercato di Napoli

di Dario Del Porto

I diciassettenne che ha ammazzato l'incolpevole Gioglio Cutolo disse di aver trovato la pistola sotto una pianta nei vicoli del Quartieri Spagnoli. Il suo coelaneo che ha assassinato il portiere dilettante di calcio Santo Romano ha sostenuto di averla comprata per 500 euro.

alle pagine 14 e 15. Servizio di Di Costanzo

Advertisement for DIEGO M MILANO featuring a couple in winter coats and a QR code.

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688281

DEL LUNEDÌ

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

DOMORI
IL CIOCCOLATO È UN MONDO

Il libro
Prada, un polo tricolore
per sfidare i francesi
di Ferruccio de Bortoli
a pagina 23

Annalisa migliore italiana
Mtv Ema, 4 statuette
per Taylor Swift
di Andrea Laffranchi
a pagina 33

DOMORI
IL CIOCCOLATO È UN MONDO

America e non solo

L'OTTIMISMO AIUTA A VINCERE

di Antonio Polito

Un ingrediente per niente segreto del trionfo elettorale di Donald Trump, così come fu per Silvio Berlusconi che anzi l'anticipò di vent'anni, è l'ottimismo. Un ottimismo possente, quasi messianico, per molti aspetti fideistico, che infatti dà vita a una vera e propria fede nel leader (nel significato che il cristianesimo diede a questa antica parola latina: «speranza delle cose promesse»).

Trump ha vinto soprattutto perché promette una nuova età dell'oro, è sicuro di poter rifare grande l'America, garantisce ai «dimenticati» una palingenesi, un nuovo inizio, una svolta nelle loro vite: oggi è una catastrofe, peggio di così non potrebbe andare, ma il domani sarà diverso, il sole risorgerà. E agli scettici, che nel media oppongono il pessimismo della ragione, risponde lo slogan della campagna elettorale: «Trump will fix it». Lui l'aggiusterà.

Questa volta l'ottimismo reaganiano (lo slogan con cui D'Agostino marchio gli anni Ottanta) si è colorato anche di uno spirito di avventura da fantascienza, come ai tempi di Kennedy e della corsa allo spazio. Razzi che volano verso Marte, il sistema Super Link che ci difende dagli uragani, taxi senza guidatore: queste sono state le elezioni di Elon Musk, il vero alter ego del ticket presidenziale, il «super-genio» che va protetto, dice Trump, perché l'America è sempre in cerca di nuova frontiera, e niente è impossibile quando gli esseri umani vengono liberati dalla burocrazia e dalla camicia di forza del politicamente corretto.

continua a pagina 28

Ordine pubblico Il sindaco: hanno mandato le camicie nere. Salvini: stop ai centri sociali abusivi

Accuse incrociate sui cortei

Lite governo-Pd dopo Bologna. La Russa: parte della sinistra sta coi facinorosi

Sport Crisi Roma, esonerato l'allenatore Juric



L'Inter pareggia, niente sorpasso

di Bocci, Calcagno, Scozzafava e Tomaselli alle pagine 26 e 37



Sinner, esordio vincente a Torino

di Gaia Piccardi a pagina 43

di Marco Cremonesi e Adriana Logroscino

Non si piaciono le polemiche per gli scontri al corteo di Bologna. «Una parte della sinistra sta con i facinorosi» dice il presidente del Senato Ignazio La Russa. E il ministro Matteo Salvini chiede lo stop ai centri sociali abusivi. Interviene il sindaco di Bologna Matteo Lepore: «Il governo ha mandato le camicie nere».

alle pagine 2 e 3

LE SENTENZE SUI TRASFERIMENTI IN ALBANIA

Nordio: dialogo e toni bassi Fl: migranti, verdetti già noti

di Giovanni Bianconi e Fabrizio Caccia

Confronto governo-magistratura. Il ministro Carlo Nordio auspica più dialogo e un abbassamento dei toni. Forza Italia attacca sulle sentenze per i migranti.

a pagina 13

DATARO.COM

Auto, decine di migliaia di posti a rischio



di Milena Gabanelli e Rita Quercia

Il futuro dell'automotive è a rischio, con una perdita di 50 mila posti di lavoro a fronte di una produzione di 700 mila auto. Tagliati dal governo, 4,6 miliardi di fondi già destinati all'automotive.

a pagina 17

Ucraina Lancio di droni su Mosca. 50 mila russi nel Kursk

Trump telefona a Putin: evita di inasprire la guerra

LA CONFESSIONE

«La pistola? Non pensavo che fosse vera»

di Fulvio Bui

«Che guaio che ho combinato. Non pensavo che fosse vera, non avevo mai visto una pistola prima. Stavamo giocando. Ho capito solo quando ho visto il sangue. Non volevo...». Ecco la confessione, in lacrime, del giovane di Napoli che nella notte di sabato ha ucciso il 16enne Arcangelo Corra. È parente della vittima ed ora è in stato di fermo per armi e ricettazione. Dinamica da chiarire.

a pagina 18

GIANNELLI

CAMBAMENTO ALLA CASA BIANCA E SOSTEGNO A KIEV



MUTATIS MUTANDIS

di L. Cremonesi e Imarisio alle pagine 8 e 9

ULTIMO BANCO

di Alessandro D'Avenia

A casa si torna, a scuola si va. La lingua, quando è madre, non mente. C'è casa infatti (anche a casa) dove e quando facciamo esperienza di appartenere alla vita senza dover dimostrare nulla (avere, fare, apparire). La vita è infatti un'odissea perché, come nel poema omerico, è un lungo ritorno a casa, dove chi ti ama ti riconosce mentre il mondo ti crede nessuno. A scuola invece si va, perché c'è scuola (anche a scuola) dove e quando scopriamo il modo che ciascuno ha di guardare e prendersi cura del mondo (campetto, oratorio, pianoforte, parco, bar... e tutte le altre scuole possibili). Casa non è «appartamento» (appartarsi ma «appartenenza» (sentirsi voluti), scuola non è «edificio» (il muro del Pink Floyd) ma «auspicio» (il futuro, la parola

Passi da lumaca



in latino indicava l'osservare il cielo per cogliere il volere divino nelle decisioni da prendere). Insomma casa è dove sempre posso essere, mi sento volato nella vita, quindi ci torno; scuola è dove sempre posso incontrare la vita, mi sento chiamato, quindi ci vado. Dove al crescere dell'appartenenza cresce la libertà, è casa. Dove al crescere dell'incontro cresce l'individuazione, è scuola. Tornare a casa, essere, andare a scuola, crescere, sono i due movimenti dell'esistenza, a ogni età. Dove torniamo o dove andiamo noi, oggi?

Ispirato dal filosofo Ivan Illich mi servo dell'immagine della lumaca che con la sua chiocciola «torna» e «va» al contempo.

continua a pagina 27

Advertisement for Isaac and MoorER clothing. It features a hooded jacket and the text 'Isaac', 'MoorER', 'MADE IN ITALY', and 'WWW.MOORER.CLOTHING.IT'.

IL DELITTO CECCHETTIN

Una fondazione ricorderà Giulia "Coltivare la bellezza dell'amore"

LAURA BERLINGHIERI - PAGINA 21



IL LIBRO

Dalle monete ai ritratti ai selfie l'importanza di metterci la faccia

RICCARDO FALCINELLI - PAGINE 28 E 29



LA CULTURA

Ho scritto la biografia di Baldini nelle sue poesie c'è anche la mia vita

PAOLO NORI - PAGINA 29

SOLO NEI MIGLIORI BAR

LA STAMPA

LUNEDÌ 11 NOVEMBRE 2024

CAFFÈ COITADORO

QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.312 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.INL.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

L'AFFONDO DEL PRESIDENTE ANM: IL GOVERNO VEDE TEGHE ROSSE ANCHE NELL'IMMIGRAZIONE. NORDIO: ABBASSARE I TONI

Ira dei giudici: era meglio Berlusconi

Scontro maggioranza-opposizione dopo i cortei di Bologna. Salvini: chiuderemo i centri sociali

L'ANALISI

Zecche e camicie nere la parodia della politica

FLAVIA PERINA

Zecche rosse e camicie nere se le sarebbero volute dare di santa ragione a Bologna, o forse no, forse tutte e due le falangi speravano nell'interposizione della polizia, come poi è avvenuto (per fortuna). E alla politica, che cavalca l'onda degli scontri riesumando il vocabolario dei Settanta - zecche rosse è di Matteo Salvini, camicie nere del sindaco Matteo Lepore - si vorrebbe fare una sola domanda: ma non ne abbiamo avuto abbastanza? La sceneggiata muscolare messa in campo dagli opposti movimentismi a Bologna, a una settimana dal voto, è una parodia di guerra civile dalla quale gli adulti dovrebbero prendere le distanze in blocco, usando appunto il linguaggio degli adulti e non le parole-feticcio di stagioni lontane, riabilitate come sistemi sbrigativi per segnalare una posizione di principio. - PAGINA 27



DI MATTEO, GRIGNETTI, LONGO OLIVO, SCHIANCHI

Non si placa lo scontro tra governo e magistratura. È la Lega, con in testa il leader e vice premier Matteo Salvini, a infierire più degli altri sulle "toghe rosse". Ma è polemica anche sul caso cortei a Bologna. - PAGINE 2 e 4

Bersani: "Un insulto i fascisti in piazza"

Nicolò Carratelli

LA SVOLTA CONSERVATRICE

Quella destra americana adeguata ai nostri tempi

GIOVANNIORSINA

Giunti a questo punto dovremmo smettere di chiamarlo populismo. Questa parola sembra rimandare a una patologia politica violenta ed effimera: una jacquerie, una sconclusionata e passeggera rivolta di pezzenti. - PAGINA 12

Nell'Ue senza leadership un'occasione per Meloni

ALESSANDRO DE ANGELIS

Va di moda, nell'entourage della premier, la parola «pontiere». Vuoi per non lasciare il trumpismo domestico a Salvini, vuoi per ambizione legata al ruolo, si dice: Meloni ha le carte per essere la principale interlocutrice di Trump. - PAGINA 27

STATI UNITI-RUSSIA

La prima telefonata tra Trump e Putin "Guerra in Ucraina stop all'escalation"

ALBERTO SIMONI



Trump e Putin hanno avuto un colloquio telefonico già giovedì. E intanto il neo eletto presidente Usa fa fuori Mike Pompeo e Nikki Haley, aspiranti membri del suo governo. - PAGINA 10

IL RETROSCENA

Controffensiva Kursk La strategia dello Zar

MONICA PEROSINO

Ormai potrebbe succedere in qualsiasi momento. Dopo due giorni di bombardamenti aerei a tappeto e l'intensificarsi della spinta di terra nel Donets, la Russia si prepara a quella che potrebbe essere la più pesante offensiva degli ultimi due anni. Mosca avrebbe ammassato 50.000 soldati nel Kursk. - PAGINA 11

IL REPORTAGE

Gli ulivi insanguinati dei territori occupati

FRANCESCA MANNOCCHI

Pochi giorni fa Issa Jbour, 70 anni, esua moglie Maniam sono partiti da Yatta, la città dove vivono in Cisgiordania nel governatorato di Hebron, per raggiungere le loro terre vicino Susya e raccogliere le olive. Un tempo vivevano lì, poi nel 2011 l'esercito israeliano ha demolito baracche e cisterne d'acqua. Poi è arrivato l'ordine di evacuazione. - PAGINA 16

VITTORIA AL DEBUTTO DELLE ATP FINALS: BATTUTO DE MINAUR. DOMANI IN CAMPO CONTRO FRITZ

La legge del numero primo

DANIELA CUPITO, STEFANO SEMERARO



Il segreto di un rovescio
VINCENZO SANTOPADRE

Il campione gentiluomo
GIULIA ZONCA

IL DIBATTITO

Chi nega l'antisemitismo della notte di Amsterdam

ASSIA NEUMANN DAYAN

Ottant'anni a chiedersi come sia stato possibile l'avvento del nazismo: così, è stato possibile esattamente così. La camera a gas come correlativo oggettivo del gaslighting, gaslighting che fa questo: ti dice che quello che vedi non è quello che pensi e, soprattutto, che quello che vedi non è quello che sembra. Quindi, quella di Amsterdam non è stata una caccia organizzata, ma quattro schiaffi tra tifosi. - PAGINA 27

IL RACCONTO

Così rinasce la mia Venezia la più antica città del futuro

RENATO BRUNETTA

Non è un caso che Venezia sia tornata ad apparire nelle pagine dei quotidiani nazionali. Il mondo, sconvolto da guerre antiche e nuove catastrofi, si sta interrogando su come dovrà essere la transizione verso il futuro, che sarà diverso dal presente, anche per i cambiamenti climatici ormai innegabili. - PAGINE 24 E 25



I TRASPORTI

La sorpresa Frecciargento parte prima senza avvisare

SALVATORE SETTIS

La gestione creativa di Trenitalia fa passi da gigante. Accanto all'ormai inflazionato mosaico di cancellazioni e ritardi, nasce un'inedita performance dal sapore vagamente dada: un treno che per arrivare in orario parte in anticipo, ma lasciando a terra i passeggeri. Questi i fatti. - PAGINA 19



ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502



VALUTAZIONI GRATUITE IN TUTTA ITALIA
IMPORTANTI COLLEZIONI O SINGOLO OGGETTO



ALLARÉ... PORTE FINESTRE COPERTURE... www.allarcenter.it Roma

Il Messaggero

ALLARÉ... PORTE FINESTRE COPERTURE... TEL 06491404

€ 1,40 ANNO 140 N° 351 Sped. in AP. 03/03/2023 con L.40/2024 art.1 c.1 CC-BY

NAZIONALE



Lunedì 11 Novembre 2024 • S. Martino di Tours

IL MERIDIANO

Commenta le notizie su ILMESSAGGERO.IT

Atp Finals di Torino Sinner spazza via de Minaur: 6-3, 6-4 Buona la prima Martucci nello Sport



Decide il gol di Zaccagnì La Lazio è in volo Successo a Monza e primato a 1 punto Abbate, Dalla Palma e Marcangeli nello Sport



Parte la scalata ai Grammy Torna Lady Gaga singolo e album dopo il cinema Marzi a pag. 21



L'editoriale SONDAGGI IN CRISI, LE SEI RAGIONI

Alessandro Campi

Le recenti elezioni per la Casa Bianca hanno confermato, nel caso ce ne fosse ancora bisogno, che i sondaggi d'opinione riferiti alla sfera politica sono sempre più inesatti e inattendibili...

Le indagini demoscopiche che precedono il voto dovrebbero cogliere, se non il risultato esatto di una competizione, almeno le linee di tendenza prevalenti tra i cittadini.

Perché ciò accade? Proviamo a indicare (e a discutere) sei possibili ragioni. La superficialità e l'frettolosità con cui i sondaggi vengono realizzati.

Fare sondaggi approfonditi e seri è...

Continua a pag. 23

Trump-Putin, primo contatto

Telefonata tra il prossimo presidente americano e lo zar: «In Ucraina niente escalation serve una soluzione rapida». Ma Donald ricorda le truppe in Europa. E i russi avanzano

NEW YORK Trump-Putin: primo contatto. Nella telefonata tra Donald e il leader russo: «Ucraina, serve una soluzione rapida». Evangelisti, Guaita, Miglionico e Pauro alle pag. 2 e 3

Crollo col Bologna e contestazione. Il club: serve tempo per l'erede



Il commento L'ora più buia dopo tre mesi di gravi errori

Andrea Sorrentino

È l'ora più buia. Qualcuno salvi la Roma. Nello Sport

La Roma affonda Esonerato Juric

Ivan Juric durante la partita con il Bologna. L'allenatore della Roma esonerato subito dopo Nello Sport

Oggi in città il comizio del centrodestra

Salvini: «Chiudere i centri sociali rossi» Il sindaco: a Bologna 300 camicie nere

ROMA Non si placano le polemiche sugli scontri di Bologna. Il ministro Salvini: «Chiudere i centri sociali. Via gli abusivi e le zecche comuniste». Ma è polemica tra il sindaco Lepore e la



Prefettura: «Il governo ci ha mandato 300 camicie nere. Il Viminale ha autorizzato Casa Pound». La replica: deciso insieme. Ajello, Bechis, Fabrizio e Errante alle pag. 4 e 5

Manovra, rispunta il taglio dell'Irpef per la classe media

Al via gli emendamenti: si lavora sull'aliquota fino ai 40mila euro. Oggi vertice Meloni-sindacati

ROMA Irpef, si lavora al taglio per la classe media. Il calcio d'inizio del secondo tempo della manovra di Bilancio sarà dato oggi con la presentazione degli emendamenti al testo del governo. Sul tavolo la riduzione di uno o due punti percentuali della seconda aliquota oggi al 35%. Beneficiari fino a 627 euro. Per la misura servono 2,5 miliardi, si punta alla riapertura del concordato.

Bassi e Di Branco alle pag. 8 e 9

Volo per la Cina Motore in fiamme dopo il decollo Paura a Fiumicino

Mirko Polissano

Fiamme sull'aereo per la Cina, paura sul volo da Fiumicino. La causa è forse un gabbiano.

A pag. 15

La morte di Arcangelo



«Ho fatto arrestare mio figlio, ma ora disarmate Napoli»

NAPOLI • Ho fatto arrestare mio figlio. Ma lo Stato disarmi Napoli. Così la madre di Renato Calafà, il Bennè accusato di aver ucciso l'amico Bennè Arcangelo Correrà. Crimaldi, Del Gaudio e Ippaso alle pag. 12 e 13

IL VOLO AD ASTRAM TUTTI PER UNO LIVE NEL PALASPORT 21 Gennaio 2025 Roma | Palazzo dello Sport

Il Segno di LUCA

VERGINE, AFFETTI IN PRIMO PIANO

La Luna nei Pesci si oppone al tuo segno e va dalla congiunzione con Saturno a quella con Nettuno, sciogliendo quello che è troppo rigido come per riproporre un caos primordiale nel quale le possibilità che si aprono per te ridiventano infinite.

L'oroscopo a pag. 23

* Tandem con altri quotidiani... * Tandem con altri quotidiani... * Tandem con altri quotidiani...

La lotteria dei gettonisti

La stretta annunciata dal governo
è rimasta solo sulla carta
I medici continuano a scegliere
le coop per i maggiori guadagni
e la qualità del servizio scade
A pagare il prezzo sono i pazienti

IL DOSSIER

PAOLO RUSSO
ROMA

La dottoressa “a gettone” che davanti alla 14 enne in fin di vita si è bloccata dicendo, «fate voi io non riesco», quel 28 ottobre che è costato la vita a Eleonora Chinello, per legge non doveva essere lì. Era il 9 maggio del 2023 infatti quando la Camera, allentando un po’ la stretta sui medici in affitto decretata proco prima dal Ministro Schillaci, salvava i contratti in atto ma per la durata non superiore a un anno. Quel limite temporale è stato scavalcato da tempo, ma nelle corsie e nei pronto soccorso d’Italia tutto è rimasto come prima. Semplicemente perché senza ricorrere alle coop dei gettonisti molti nostri ospedali si fermerebbero per carenza di personale, visto che di medici ne mancano 10 mila e di infermieri almeno 30 mila. Basti pensare che la dottoressa incriminata lavora nelle file della Cmp Global medical division, che conta ben mille medici a gettone con appalti nelle Asl e negli ospedali di un po’ tutta l’Italia del nord, dove medici

e infermieri mancano più che altrove. Del resto la situazione non poteva migliorare, con paghe che nel pubblico restano da fame mentre, lavorando privatamente, si fanno lauti guadagni senza sottoporsi a turni massacranti.

A giugno di quest’anno la Asl di Vicenza ha promosso un bando per trovare un neurochirurgo esperto in chirurgia vertebrale, specificando che «per l’attività prestata verrà corrisposto un compenso orario lordo di euro 40». Meno di quanto guadagna un idraulico, anche se Schillaci ne ha offerti 100 l’ora per chi si impegna fuori orario a smaltire le liste d’attesa. Cifre comunque lontane da quelle che offrono le cooperative di medici in affitto. E così sono sempre più quelli che lasciano il camice ospedaliero per indossare quello di una delle coop, che sui siti promettono «contratti di collaborazione in libera professione, con compenso di euro 800 circa, con un contratto a partita Iva per uno stipendio di 800-900 euro al giorno». «Ci sono medici trasfertisti - racconta un primario che per evitare ritorsioni aziendali preferisce restare anonimo - che si organizzano in pullman, prendono tre o quattro gettoni di fila lavorando fino allo stremo e poi

tornano a casa con un bottino di 4-5 mila euro che basta per tutto il mese».

Un bengodi per loro, meno per i pazienti che finiscono nelle mani di questi stakanovisti del gettone. Che però attira sempre di più i nostri dottori arruolati nel pubblico. Il sindacato degli ospedalieri Cimo in un’indagine tra i propri iscritti ha contato 4 medici su 10 pronti a lasciare il posto fisso per lavorare come gettonisti. Quota che sale al 50% tra chi ha meno di 35 anni.

Non è facile stabilire quale sia oggi la portata del fenomeno, ma secondo l’area studi di Fondo sviluppo- Confcooperative ad oggi le coop attive nella filiera salute sono 16 mila e danno lavoro a circa 492 mila professionisti, anche se molti di questi svolgono servizi di assistenza alla persona. I medici a gettone sarebbero comunque più richiesti in Vene-



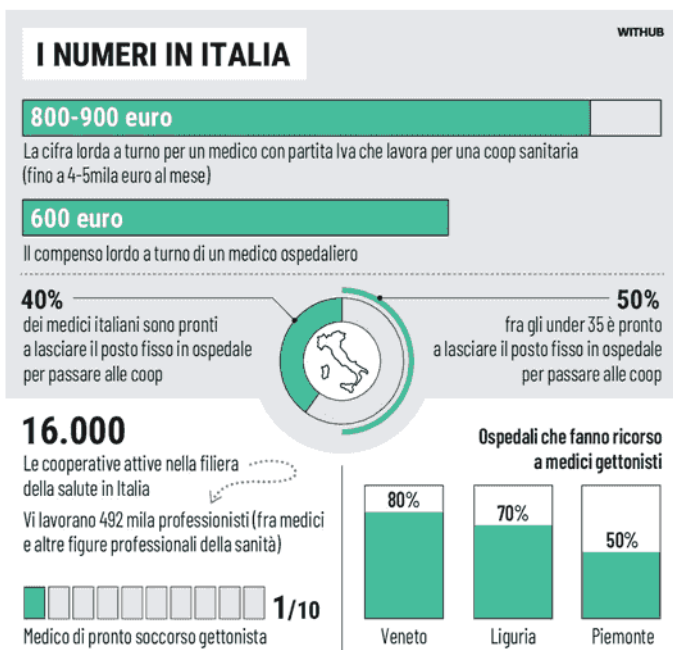
to, dove l'80% degli ospedali vi fa ricorso, in Liguria dove sono presenti nel 70% delle strutture, in Piemonte dove vi ricorreva fino a qualche tempo fa la metà delle aziende ospedaliere. In Lombardia lo scorso anno i turni coperti dalle cooperative secondo i dati forniti dalla regione erano oltre 45mila.

Per Simeu, la Società della medicina di emergenza e urgenza, un medico su 10 che lavora nei pronto soccorso è un gettonista. Una contraddizione in termini perché paghiamo i nostri medici meno dei loro colleghi europei però poi li affittiamo anche a dieci volte tanto. In più mettendo a rischio gli assistiti. Perché come spiega Pierino Di Silverio, segretario

nazionale dell'altro sindacato dei medici ospedalieri, l'Anaa, «le cooperative non effettuano nessuna selezione a monte. Ci sono medici non specializzati, quelli che sono specializzati in altre branche e molti neo-laureati. Si pone il problema della formazione di questi medici, per l'impatto sulla erogazione delle cure e per la responsabilità». Che in casi come quello della dottoressa accusata di aver concorso alla morte della quattordicenne padovana, dal punto di vista penale ricade sempre sul professionista, ma per gli aspetti risarcitori finisce poi per gravare sulla Asl, spiegano dalla Fiaso, la Federazione che le rappresenta.

Intanto il fenomeno si estende anche agli infermieri, che scarseggiano ancor

più dei medici. In Veneto si è arrivati a pagarne uno in affitto 6mila euro per un mese, contro i 1.780 di un dipendente sottoposto a ritmi massacranti. Controsensi di una sanità in outsourcing, che spende male anche quel poco che ha. —



Così su La Stampa

Sul giornale di venerdì la vicenda della dottoressa "a gettone" indagata per omicidio perché, secondo le infermiere di turno con lei sull'ambulanza, si sarebbe rifiutata di prestare soccorso a Eleonora Chinello, 18 anni, che era stata appena investita da un'auto. La ragazza è morta poco dopo, al suo arrivo all'ospedale di Padova. La professionista denunciata è un medico di medicina generale dipendente da una coop sanitaria



Tutto come prima
contratti "a gettone" in atto al 9 maggio 2023, orologati di un anno, sono tuttora in vigore

Il 40-50% dei camici bianchi è pronto a lasciare il posto fisso per il lavoro in affitto



Le testimonianze: "A volte chiedo aiuto ai colleghi, anche se così so di rallentare l'assistenza" "Da ospedaliero prendevo 3 mila euro al mese ora lavorando da esterno lo stipendio è 7 mila"

LESTORIE

«È sconfortante, ogni sera mi ritrovo in reparto un medico diverso. Ma lo sa che poche sere fa, in uno dei più affollati pronto soccorso di Milano, a gestire i pazienti era un medico dei trasporti? Quelli che certificano il rinnovo delle patenti per capirci. Solo che finito il doppio turno è andato a incassare il suo bel gettone da 1.200 euro». A Giorgio, primario in un ospedale lombardo che preferisce rimanere anonimo, bastano poche parole per far capire perché il fenomeno dei medici a gettone rappresenti una minaccia per la salute dei

pazienti.

Roberto Malesani è un neurologo. Anni fa si è licenziato dall'ospedale di Castelfranco e ora si divide tra ambulatori di Castelfranco, Montebelluna e Feltre, come privato. «Lavorando in ambulatorio a Feltre dal lunedì al sabato per cinque ore al giorno, contro le 12 in corsia, posso arrivare a 7 mila euro netti al mese invece dei 3 mila che guadagnavo prima», confida.

«Oggi - continua - è diventata una catena di montaggio: contano solo i numeri, il rapporto col paziente è saltato di fronte a ritmi insostenibili e a direttori generali che ti dicono anche quanto deve durare una visita».

Il dottor Riccardo Stracka

invece non ha mai lavorato come dipendente in ospedale, ma sempre "a chiamata". Non è un giovane neolaureato senza specializzazione ma un professionista esperto, specializzato vent'anni fa in medicina d'emergenza e urgenza, conseguita con lode, seguita da una sfilza di qualifiche professionali. A quelli come lui gli ospedali spalancherebbero le porte in un baleno. Ma come tanti suoi colleghi preferisce mantenere un piede fuori. «In questo modo ho avuto la possibilità di variare il mio lavoro. Ad esempio organizzo corsi di primo soccorso in aziende, faccio l'istruttore per l'uso del defibrillatore. E poi sinceramente a scorag-

giare ci sono anche i turni massacranti imposti oramai in quasi tutti gli ospedali».

«Lavoro a gettone in un ospedale Veneto ma non ho la specializzazione. Al pronto soccorso faccio soprattutto codici bianchi e verdi, ma quando mi capita un caso più difficile mi rendo conto che avere una specializzazione sarebbe stato utile». Così quando si trova in difficoltà Valentina, il nome è di fantasia perché lei come tanti preferisce restare anonima, chiede aiuto ai colleghi, «anche se così so di rallentare la catena assistenziale». Come dire che alla fine in questa giungla dei medici in affitto a perdersi è la tutela dei pazienti. P.A.R.U. —



SANITÀ SENZA PERSONALE

«Bene gli infermieri dall'estero ma non solo»

Campisi e Negrotti a pagina 9

«Infermieri, il rilancio che serve Dall'estero? Bene, ma non basta»

La Federazione nazionale non demonizza l'arrivo di personale dall'India, purché siano riconosciuti i titoli di studio, accertata la conoscenza linguistica e prevista l'iscrizione all'Ordine, per l'opportuna vigilanza a tutela della salute dei cittadini

ENRICO NEGROTTI

«Non ci preoccupa l'arrivo di infermieri dall'estero, ce ne sono già tanti. L'importante è che avvenga secondo regole chiare, senza le deroghe di questi ultimi anni». Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi) è cautamente positiva anche sulla Manovra: «È ancora lunga la strada per rendere nuovamente attrattiva la professione infermieristica, di cui c'è così tanta carenza: tuttavia, alcuni segnali ci sono. E stiamo costruendo nuovi percorsi con i ministeri della Salute e dell'Università». **L'annuncio del ministro della Salute Orazio Schillaci dell'arrivo di 10mila infermieri dall'India vi sembra adeguato o vi preoccupa?**

Non è una novità, abbiamo già qualche decina di migliaia di infermieri stranieri che lavorano nel nostro Paese. Anzi, da quattro anni, in base alle deroghe stabilite durante l'emergenza pandemica, arrivano senza particolari riconoscimenti dei titoli, né formale iscrizione all'Albo in Italia. In questo modo sono entrati nel nostro Paese circa 12mila infermieri (e alcuni medici) su cui l'Ordine non può esercitare alcuna forma di vigilanza, secondo quelli che sono i suoi compiti di ente sussidiario

dello Stato a garanzia della salute del cittadino. Si tratta di una misura emergenziale che presenta molte criticità e che sarebbe il caso di interrompere anche prima della sua naturale scadenza. L'accordo con l'India sana questa anomalia perché prevede regole certe (le stesse in discussione anche in un documento alla Conferenza Stato-Regioni): riconoscimento del titolo di studio, conoscenza adeguata della lingua italiana e iscrizione all'Ordine.

Questa iniezione di infermieri indiani è sufficiente a colmare le carenze di personale?

Oggi in Italia mancano almeno 65mila infermieri. Gli arrivi dall'estero sono la soluzione dell'oggi, ma parallelamente bisogna costruire il futuro. Dagli anni Novanta stiamo affrontando a cicli di 15-18 anni la carenza infermieristica. Ogni volta i decisori politici non affrontano il tema alla radice, in modo strutturale. Si sono fatti incrementi economici, assegni di studio, figure nuove. Ma nessuno è andato alle radici del problema.

Quali sono le strade che la Fnopi propone?

Finora la nostra è stata una professione piatta, senza prospettive di carriera in ambito clinico, ma solo nei ruoli gestionali. Sino agli anni Novanta, quando nel pubblico impie-

go si andava in pensione dopo 20-25 anni, poteva avere una certa plausibilità. Ma ormai si va in pensione dopo 42 anni di un lavoro, che inizia dopo una laurea triennale, usurante dal punto di vista psicologico e fisico (ma non riconosciuto tale). Gli unici aumenti di stipendio sono legati ai rinnovi contrattuali e agli automatismi per anzianità. Per rendere attrattiva la professione ai giovani bisogna dare la possibilità di un incremento stipendiale legato all'assunzione di responsabilità e allo sviluppo di competenze specialistiche. Oggi abbiamo circa 21mila domande per 20.500 posti nel corso di laurea in Infermieristica ma il 21% degli studenti abbandona, quando si rende conto che è una professione che, pur richiedendo un impegno sui 365 giorni l'anno e sette giorni su sette, non ha uno sviluppo di carriera.

Si sta facendo qualcosa in questa direzione?



Abbiamo iniziato un percorso, con i ministeri della Salute e dell'Università, che valorizzi la laurea specialistica, riconoscendo competenze e responsabilità, con un inquadramento contrattuale, giuridico ed economico, differenziato. È evidente che i risultati li vedremo tra un po' di anni: per i problemi immediati conveniamo con l'arrivo di infermieri dall'estero. Le nuove competenze prevedono anche una gestione infermieristica di alcune prescrizioni.

Non pensa che la prescrizione crei concorrenza e tensione con i medici?

Si tratta di prescrizioni di presidi e ausili per l'assistenza infermieristica: per l'incontinenza, per le stomie, per le medicazioni avanzate. Presidi che

oggi gli infermieri utilizzano ma non possono prescrivere: devono dirlo al medico che trascrive quello che indica l'infermiere per il paziente. Da due anni ne parlo con la Federazione dei medici (Fnomceo). La sanità è un atto complesso, agito da oltre trenta professioni, che devono collaborare.

Alcune categorie sono già sul piede di guerra. Le risorse stanziare in Manovra sono adeguate?

Gli infermieri lamentano uno stipendio che è inferiore in media del 22-24% rispetto agli altri Paesi Ocse europei. Nella Manovra c'è l'incremento dell'indennità di specificità infermieristica: poco quest'anno, più sostanzioso dal 2026. Ma, vista l'attuale situazione economica, più che sulle maggio-

ri risorse puntiamo, con gli emendamenti, ad arrivare a una sterilizzazione del cuneo fiscale e a una detassazione di alcune indennità: più che maggiori spese, prevediamo per lo Stato minori entrate. E aumentare il netto piuttosto che il lordo della busta paga. Però le questioni infermieristiche, per la prima volta, sono entrate nella bozza di legge uscita dal governo. Un passo che apprezziamo, ma ne servono ancora molti altri.

L'INTERVISTA

Mangiacavalli (Fnopi): mancano almeno 65mila professionisti, ma per attirare i giovani occorrono carriere in clinica, più responsabilità e retribuzioni. In Manovra qualche buon segnale, però servono altri passi

Sono già decine di migliaia gli infermieri arrivati dall'estero che lavorano in ospedali e cliniche italiani



L'ESPERIENZA DI CHI DA ANNI LAVORA IN ITALIA

«Siamo medici, stop ai pregiudizi Concorsi per chi non ha cittadinanza»

ELISA CAMPISI

«Non siamo tappabuchi ma professionisti di serie A che contribuiscono già al funzionamento del Servizio sanitario nazionale. Bisogna abbattere i pregiudizi», commenta così le recenti polemiche sul reclutamento di operatori dall'estero il professore Foad Aodi, palestinese arrivato in Italia oltre 40 anni fa, presidente di Amsi (Associazione medici di origine straniera in Italia) e direttore sanitario di un centro medico.

Il personale sanitario proveniente da altri Paesi è uno dei pilastri su cui si regge il nostro sistema nazionale e probabilmente lo sarà sempre di più. Secondo i dati di Amsi e Uniti per Unire, nel settore i professionisti di origine straniera sarebbero aumentati del 35% dal 2023 a oggi. «Parallelamente, però, sono cresciuti del 30% gli episodi di discriminazione riportati rispetto all'anno precedente», aggiunge Aodi. Per il medico va cambiata dunque la narrazione, constatando che con le carenze attuali i concorsi andrebbero aperti anche a chi non ha la cittadinanza italiana: «Serve una programmazione in base al fabbisogno». Del resto, l'apporto dato finora è evidente. «Dal primo gennaio 2023 a oggi, più di 2.430 dipartimenti, strutture e servizi non sono stati chiusi grazie all'impegno dei professionisti della sanità di origine straniera, da Nord a Sud», specifica. Attualmente i sanitari di altre nazioni sono oltre 105.633. Di questi, oltre 40 mila sono medici, più di 36 mila infermieri. A seguire odontoiatri, fisioterapisti, farmacisti e psicologi. Molti vivono in Italia da decenni e qui hanno scelto

di fare carriera tra mille ostacoli.

Alcuni di questi professionisti, membri dell'Amsi, adesso aiutano i nuovi colleghi che arrivano dall'estero, facendo tesoro delle proprie esperienze. «Tanti specialisti vengono con un curriculum già importante, ma per restare devono affrontare difficoltà burocratiche legate al riconoscimento delle qualifiche e al permesso di soggiorno. Cerchiamo di guidarli», spiega la fisiatra Eugenia Voukadinova, arrivata dalla Bulgaria nel 1995, quando ancora non era un Paese Ue. Nonostante fosse già specializzata in dermatologia e malattie veneree, in Italia ha dovuto rimettersi a studiare: «Era complesso far riconoscere il mio titolo. Ho ricominciato come fisiatra, ma non me ne pento. Da allora ho sempre dato il mio contributo, anche nel periodo del Covid-19, nei reparti di medicina interna». Tuttavia, bisogna disinnescare dinamiche per cui «a volte da un professionista straniero ci si aspetta di più, magari pagato meno».

Per Abukar Aweis Mohamed, infermiere di origine somala, alcune forme di discriminazione sono dettate da un problema culturale che potrebbe essere risolto «facendo capire a operatori e cittadini che lavoriamo a un obiettivo comune». Mohamed, che qui si è laureato e ha sempre lavorato, è emigrato dalla Somalia più di 30 anni fa, poco prima che scoppiasse la guerra civile. Si è dovuto arrangiare in un nuovo Paese con tante difficoltà. Per i giovani colleghi che arrivano adesso si augura ci sia la possibilità di far parte dell'organico, superando i limiti del Decreto Cura Italia, che ha permesso di assumere molti professionisti in via straordinaria, ma scade il 31 dicembre 2025: una soluzione non di lungo termine né per loro né per la sostenibilità del sistema. Ecco perché «chi arriva va riconosciuto come una risorsa che

aiuterà la crescita della sanità».

Anche Neserat Hakim, fisioterapista di origine palestinese, era venuto per studiare in Italia, dove si è laureato nel '92: «All'inizio tutti pensavamo di tornare al nostro Paese dopo gli studi, ma alla fine molti di noi si sono sposati, hanno fatto famiglia e non se ne sono più andati, proprio come me». Lungo la sua carriera, Hakim ha visto crescere il fabbisogno di fisioterapisti, per problemi posturali e non solo. «I professionisti però scarseggiano sempre di più perché molti se ne vanno in altri Paesi», afferma. Nonostante le difficoltà Hakim è rimasto e continua a fare il suo lavoro con dedizione, cercando forse «di dare qualcosa in più anche per un senso di gratitudine verso l'Italia».

Tra i tanti che non sono più tornati nello Stato di origine c'è infine il professore Kamran Paknegad, primario cardiologo arrivato oltre 40 anni fa dall'Iran, dove non è più rientrato per ragioni politiche. «Ho fatto diversi lavori per mantenermi gli studi qui. So cos'è il sacrificio e anche adesso faccio volentieri straordinari. Sono convinto però che non basti assumere se non si risolvono i problemi organizzativi, come i turni massacranti e gli stipendi bassi - lamenta il professore -. Altrimenti sia italiani che stranieri continueranno ad andare in Stati in cui retribuzione e qualità del lavoro sono migliori». I professionisti che hanno vissuto l'esperienza migratoria e allo stesso tempo conoscono bene le lacune del nostro Paese - dove vivono, amano e faticano ogni giorno - chiedono insomma che le sfide del settore siano finalmente affrontate con soluzioni sistemiche e bilanciate, per il bene di tutti.

Oltre 105mila operatori di origine straniera fanno parte del nostro Servizio sanitario nazionale. Le storie di chi ha faticato e si è integrato, non senza qualche delusione e discriminazione



Foad Aodi, presidente Amsi



8 nov
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Professioni sanitarie, frena a -3,8% il calo delle domande di ammissione ai corsi di laurea a fronte di un +3,3% di posti a bando. L'occupazione sfiora il 77%. Fisioterapisti primi per "appeal"

di Angelo Mastrillo *



[Il report integrale sulla formazione e l'occupazione delle professioni sanitarie](#)

Il Report annuale 2024 sulla formazione e l'occupazione delle 23 professioni sanitarie viene presentato il 9 novembre presso l'Università di Foggia - quarta nelle prime 20 posizioni della classifica Censis, preceduta da Udine, Modena e Bologna - che compie 25 anni dall'istituzione. Dalla rilevazione dei dati delle Università emerge un calo delle domande di ammissione sul totale dei 23 Corsi di Laurea per le professioni sanitarie da 66.686 dello scorso anno a 64.139, pari al -3,8% che è minore del -8,3% dello scorso anno (Tabelle 1 e 2).

Analogo calo, del -9,6%, si rileva anche per le domande sui Corsi di Laurea Magistrale delle Professioni Sanitarie, da 15.461 dello scorso anno alle attuali 13.983 (Tab.35).



Per i 23 Corsi di Laurea, rispetto allo scorso anno i posti a bando sono aumentati del +3,3%, da 34.453 a 35.592 a fronte del suddetto calo delle domande del 3,8% con la conseguente riduzione (Tab. 1) del rapporto domande/posto (D/P) a 1,8 rispetto al 1,9 del 2023 e 2,2 del 2022 (Tab. 3B). Per quanto riguarda i fabbisogni formativi si rileva un aumento da parte di quasi tutte le Regioni con +819 posti (+2%) dai 40.629 dello scorso anno agli attuali 41.448 e con numero finale di 43.515 stabilito dall'Accordo della Conferenza Stato-Regioni n.130 del 11 luglio 2024 (Tab. 8), invece che entro il 30 aprile, come da Decreto Legislativo n. 502 del 1999.

Per i fabbisogni non risulta ancora inserita la nuova professione di Osteopata, di cui non è nota la numerosità per Regioni e totale in attesa di iscrizione all'Albo TSRM PSTRP.

Aumenta con +1,5% il fabbisogno totale da parte delle Categorie: da 43.656 dello scorso anno agli attuali 44.304, di cui per Infermieristica lieve riduzione del -0,2% da 26.899 dello scorso anno agli attuali 26.832 (Tab. 9A). È in aumento del +3,3% anche il potenziale formativo offerto dagli Atenei, che il Ministero dell'Università ha ratificato, con Decreto n. 1119 del 1 agosto 2024, per rispettare la scadenza della nuova norma che da quest'anno, riduce da 60 a 30 giorni il periodo che deve precedere la pubblicazione del bando da parte delle università per l'esame di ammissione fissato il 24 giugno dal MUR per il 5 settembre. La modifica dell'art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999, è stata fatta con la Legge 56 del 29 aprile 2024 sul Pnrr, art. 18, ultimo comma.

Quindi, indipendentemente dai fabbisogni indicati dalle Regioni e dalle Categorie, sono stati assegnati tutti i posti, determinando per sei Corsi, come lo scorso anno, un esubero rispetto alle richieste di Regioni, Categorie e Conferenza Stato-Regioni (Tab. 7), fra cui Dietista +52% su +46% dello scorso anno, Tecnico di Radiologia +29% su +28% dello scorso anno, Tecnico di Neurofisiopatologia +23% su +41% precedente e Igienista Dentale +20% rispetto a +34% dello scorso anno.

Complessivamente, tuttavia, anche quest'anno si conferma che rispetto all'aumento dell'offerta formativa da parte delle Università non si registra analogo incremento dei candidati.

Ripartizione dei posti per Università

La ripartizione dei posti e delle domande per ognuno dei 23 Profili e delle 49 Università è riportata in Tab. 2, con i totali in Tab. 1 per Università. Ogni Ateneo ha attivato in media 10 Corsi di Laurea; l'Università con il maggiore numero di Corsi resta Milano Statale con 22, seguita dall'Università di Roma Sapienza con 21, Genova e Roma Tor Vergata 19, Padova 18, Torino, Bari e Napoli Federico II con 17.

Quindi altre Università: con 15 Corsi Palermo, con 14 Corsi Pavia e Verona, con 13 Bologna, Firenze, Pisa, Ancona, Chieti, Napoli Campania, Messina e Catania, con 12 Brescia, Parma, Modena, Siena e Roma Cattolica, con 11

l'Aquila, con 10 le Università di Trieste, Ferrara e Catanzaro.

A seguire con 9 Corsi Varese, con 8 Cagliari, con 7 Milano Bicocca, Perugia e Foggia. Con 6 Novara e Sassari, con 5 Roma UniCamillus, con 4 Corsi Milano Humanitas, Milano San Raffaele, Udine, Roma Link e Campobasso; con 3 Roma Campus e infine con un solo Corso Trento, Casamassima LUM, Lecce, Napoli Parthenope, Cosenza e Enna.

Resta invariato rispetto agli ultimi anni il rapporto percentuale nella ripartizione dei posti fra le Lauree triennali e le Magistrali a ciclo unico, con il 69,1% dei posti alle Professioni Sanitarie, il 27,7% a Medicina e Chirurgia e il 3,2% a Odontoiatria (Tab. 3 B).

Sospensioni, riattivazioni e nuove attivazioni di Corsi

L'offerta formativa è aumentata anche rispetto al numero dei Corsi di Laurea da 468 a 487, e si compensa fra sospensioni, riattivazioni e nuove attivazioni.

Si osserva la nuova prima attivazione di 19 Corsi di Laurea: Dietista nelle Università di Trieste e di Ancona, Logopedista all'Università di Foggia, Ostetrica a Catanzaro, Educatore Professionale a Palermo, Ortottista a Brescia, Terapista Neuropsicomotricità età evolutiva a Parma, Terapista Occupazionale a Napoli Federico II, Tecnico Audiometrista a Sassari, Tecnico Audioprotesista a Verona, Tecnico di Fisiopatologia

Cardiocircolatoria ad Ancona, Tecnico di Laboratorio a Salerno, Osteopata a Verona e Firenze. Inoltre, Infermiere, Fisioterapista, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia all'Università di Roma Link (di nuova istituzione).

L'Università di Pavia sospende Terapista Occupazionale e riattiva sia Tecnico Ortopedico che Tecnico di Neurofisiopatologia, riportando i Corsi da 13 a 14.

L'Università di Ancona riattiva Educatore e istituisce Dietista e Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria.

L'Università Cattolica di Roma sospende nella sede di Bolzano i tre Corsi per Ostetrica, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia, mentre riattiva i quattro Corsi per Dietista, Igienista Dentale, Logopedista e Terapista Occupazionale nella sede di Roma. Inoltre, sospende nella sede di Roma Tecnico Audioprotesista e nella sede di Campobasso Infermiere e Fisioterapista

L'Università di Bari sospende il Corso per Tecnico di Radiologia. L'Università di Catanzaro sospende i due Corsi di Tecnico di Laboratorio e di Tecnico della Prevenzione, e ne riattiva altri quattro: Ostetrica, Logopedista, Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Tecnico di Neurofisiopatologia.

L'Università di Cagliari sospende i tre Corsi per Educatore, Igienista Dentale e Tecnico di Neurofisiopatologia, mentre riattiva Tecnico della Riabilitazione psichiatrica.

Distribuzione posti per Professione

L'aumento di 1.131 posti, +3,3% sui 34.453 dello scorso anno, riguarda quasi tutte le 23 professioni (Tab. 4), ad eccezione di due: Assistente Sanitario da

671 dello scorso anno a 611 con -8,9% e Tecnico della Prevenzione da 921 scorso anno a 891 con -3,3%.

L'incremento maggiore, in valori assoluti, riguarda Infermiere con +376, da 20.059 a 20.435 (+1,9%), Tecnico di Radiologia +130 da 1.570 a 1.700 (+8,3%), Tecnico di Laboratorio +125 da 1.375 a 1.500 (+9,1%), Fisioterapista +100 da 2.722 a 2.822 (+3,7%), Logopedista +80 da 906 a 986 (+8,8%), Ostetrica +63 da 1.177 a 1.240 (+5,4%) e Dietista +60 da 530 a 590 (+11,3%), a cui seguono le altre con valori inferiori. L'aumento maggiore in percentuale riguarda Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatorio con +13,5% da 208 a 236, Dietista con +11,3% da 530 a 590 e Terapista Occupazionale +10,5% da 238 a 263.

Distribuzione posti a bando per Regioni

Analogo incremento riguarda tutte le Regioni tranne per Molise (-12,9%), Emilia-Romagna (-1,6%), Puglia e Abruzzo (-1%). (Tab. 8). Fra gli aumenti maggiori in valori assoluti le Università del Lazio +315 da 6.179 a 6.494 (+5%), della Sicilia +245 da 2.904 a 3.149 (+8,4%), Veneto +153 da 2.776 a 2.929 (+5,5%), Friuli Venezia Giulia +95 da 691 a 786 (+13,7%), a seguire Toscana +94 da 1.893 a 1.987 (5%), Campania +90 da 2.360 a 2.450 (+3,8%), Calabria +83 da 991 a 1.074 (+8,4%), Provincia di Trento +75 da 325 a 400 (+23%), della Regione Lombardia +68 da 4.585 a 4.653 (+1,5%), Marche +25 da 760 a 785 (+3,3%), Piemonte +25 da 760 a 785 (+1,3%), Liguria +10 da 852 a 862 (+1,2%), Al di sotto di 10 e fino a 4 Provincia di Bolzano e Valle d'Aosta.

Sono invariati i dati di Sardegna, Umbria e Basilicata.

Per Lazio, Veneto e Toscana, incidono la nuova Università di Roma Link e i nuovi corsi di laurea di Osteopata delle Università di Verona e di Firenze

Distribuzione posti per Università

Rispetto alla suddivisione dei 35.584 posti (Tab. 1), solo in 10 Università il numero è superiore a mille: Roma Sapienza con 4.053, Padova 1.906, Roma Tor Vergata 1.675, Milano 1.603, Verona 1.425, Torino 1.234, Napoli Federico II con 1.080, Messina 1.043, Bologna con 1.023 e infine Palermo con 1.008. Tutte le altre Università hanno invece un'assegnazione di posti inferiore a mille: Ferrara 967, Firenze 947, Napoli Campania 930, Catanzaro 900, Bari 876, Catania 867, Genova 852, Roma Cattolica 835, Brescia e Ancona 785, Novara 652, Perugia 617, Pisa 607, Foggia 601, Parma 599, Pavia 594, Chieti 574, Milano Bicocca 565, Modena 563, Trieste 500. Sotto 500 le Università de L'Aquila 488, Varese 466, Siena 433, Cagliari 360, Milano Humanitas 345, Sassari 312, Salerno 290, Udine 286, Roma Link 285, Milano S. Raffaele 250, Campobasso 245, Roma Campus 201, Enna 200, Lecce 196, Cosenza 174, Roma UniCamillus 135, Casamassima LUM 129, Napoli Parthenope 90 e infine l'Università di Trento con 40 posti.

Distribuzione Corsi e sedi per Professione

La ripartizione dei posti per Profili (Tab. 3 e 4) vede il maggiore numero di Corsi e di sedi per il Cds in Infermieristica con 48 Corsi su 241 sedi per 20.435 posti, poi Fisioterapista con 43 su 91 sedi per 2.822 posti, Tecnico di

Radiologia con 40 Corsi su 63 sedi su 1.700 posti, Tecnico di Laboratorio con 38 su 54 e 1.500 posti, Ostetrica con 36 Corsi su 46 sedi e 1.240 posti. Sotto i mille posti: Logopedista con 29 Corsi su 41 sedi e 986 posti, Igienista Dentale con 30 Corsi su 37 sedi e 913 posti, Tecnico Prevenzione 29 Corsi su 35 sedi e 891 posti, Educatore P. con 16 Corsi su 19 sedi e 828 posti, Assistente sanitario 16 Corsi su 19 sedi e 611 posti.

Seguono Dietista con 24 Corsi e 25 sedi per 590 posti, Tecnico Riabilitazione psichiatrica 20 Corsi e sedi con 525 posti, Terapista Neuropsicomotricità con 15 Corsi e 17 sedi per 440 posti, Ortottista 19 Corsi e sedi con 341 posti e Tecnico Audioprotesista con 303 posti su 14 Corsi e 15 sedi.

Al di sotto di 300 posti Infermiere Pediatrico con 279 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Terapista Occupazionale 263 posti su 8 Corsi e 9 sedi, Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria 236 posti su 15 Corsi e sedi, Tecnico Ortopedico 209 posti su 10 Corsi e 11 sedi, Tecnico Neurofisiopatologia con 190 posti su 14 Corsi e 15 sedi, Podologo con 117 posti su 6 Corsi e sedi, Tecnico Audiometrista con 103 posti su 7 Corsi e sedi, infine il neoistituito Corso per Osteopata con 70 posti su 2 Corsi e sedi.

Situazione occupazionale secondo Alma Laurea

Consultando i dati sul sito www.almalaurea.it si rileva che per i 153.909 laureati di primo livello dell'anno 2022 per tutte le 16 aree disciplinari (Tab. 5) si registra un calo medio della quota di occupati di -2,1 punti percentuali dal 40,6% dei laureati di primo livello del 2021 agli attuali 38,5% dei laureati del 2022.

In particolare, per i 16.242 laureati di primo livello delle 22 Professioni Sanitarie dell'anno 2022 si rileva che, rispetto ai 12.331 laureati che hanno risposto all'indagine (76%) si registra un lieve calo della quota di occupati (sono 9.476), pari a -1,7 punti percentuali, essendo sceso al 76,8% rispetto al 78,5% dello scorso anno, quando si era invece registrato un calo di -2,4 punti percentuali sul 80,9% rilevato tra i laureati del precedente anno 2020.

Per effetto di questi risultati, si conferma ancora una volta per le Professioni Sanitarie il primo posto assoluto fra i vari gruppi disciplinari. Resta in ogni caso la diminuzione rispetto a 16 anni fa, di -10,2 punti percentuali, dall'87,0% del 2007 al 76,8% del 2022, mentre era al 78,5% tra i laureati dell'anno 2021 (Tab. 6A).

Differenze occupazionali fra le 22 Professioni sanitarie

Analizzando in dettaglio le 22 professioni sanitarie sugli ultimi dati AlmaLaurea dei laureati dell'anno 2022 (Tab. 6A), si rilevano per l'alto tasso occupazionale ai primi cinque posti e sopra la media del 76,8%: al primo posto Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'età evolutiva con 81,1%, al secondo Tecnico di Neurofisiopatologia con 81,0%, al terzo Igienista Dentale 80,7%, al quarto Fisioterapista 80,5%, al quinto Tecnico di Radiologia con 78,6%, al sesto Infermiere con 77,7% e Ostetrica con 77,2% e seguire tutte le altre.

Se si guarda invece la media degli occupati di tutte le 22 professioni sugli ultimi 16 anni, fra i laureati dal 2007 al 2022, ai primi cinque posti ci sono Logopedista e Igienista Dentale con 86%, Fisioterapista con 84%, Tecnico Audioprotesista 83% e Educatore professionale con 81%, con 79% Podologo, 78% Terapista Neuro psicomotricità età evolutiva, Infermiere e Tecnico Ortopedico con 77%, mentre sono sotto la media del 74% le restanti 13 Professioni:

Ne deriva che l'area delle Professioni Sanitarie, conti-nua a mantenere stabile al primo posto i livelli occupazionali, seppure con fluttuazioni nel corso dei vari anni.

Domande di ammissione per Università

Preso atto del calo del numero totale delle domande da 66.686 dello scorso anno alle attuali 64.139, con 2.547 domande in meno, pari al -3,8%, vediamo in dettaglio il calo in valori percentuali per ogni Università (Tab. 1): Roma Uni-Camillus -29%, Sassari con -25%, Perugia con -24%, Napoli Campania, Campobasso -21%, Milano Statale -19%, Bari -15%, Ferrara e Udine -12%, Roma Sapienza -10%, Roma Tor Vergata -9%, Brescia, Cosenza, Lecce con -8%, Torino -6,8%, Milano Bicocca -6,7%, Parma -5,8%, Bologna -5,7%, Chieti con -4,4%; a seguire Salerno e Palermo con -3%, Ancona -2,6%, Modena e Reggio -1,4%, Padova -1,3%. Stabili i dati per le Università di Varese, Trento, Firenze e Pisa.

Al contrario sono in aumento le altre 19 Università: Foggia +1,0%, Genova +1,5%, Novara 3,3%, Pavia +4,9%, Cagliari e Verona e Roma Cattolica +6,5%, L'Aquila +6,9%, Roma Campus e Messina +7,1%, Catanzaro +7,7%, Milano Humanitas +9,2%, Milano San Raffaele +10,3%, Siena +11,3%, Catania +16,1%, Trieste +26,1%, Casamassima +30,9% e Napoli Parthenope con +41,1% e Enna +76,5%. Va precisato che per le Università di Udine e di Trieste le differenze oscillano per l'alternanza ciclica annuale dei tre Corsi per Ostetrica, Tecnico di Laboratorio e Tecnico di Radiologia.

Le professioni più attrattive

Il rapporto D/P medio fra i 23 Corsi è di 1,8 (Tab. 4), in calo rispetto sia al 1,9 dello scorso anno che al 2,2 del 2022, che riguarda tutti i Corsi. Come classifica si confermano quasi tutte le posizioni degli anni scorsi: al primo posto Fisioterapista con rapporto D/P pari a 6,6; al secondo posto la nuova figura dell'Osteopata con 4,8; Logopedista al terzo posto con 4,2, al quarto Ostetrica con 4,1, al quinto Dietista con 3,1 e al sesto posto Tecnico Radiologia con 2,5 e subito dietro Igienista dentale con 2,4. Seguono con 1,9 Infermiere Pediatrico e Terapista della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva, Tecnico di Neurofisiopatologia e Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica a 1,3; Podologo e Tecnico di Laboratorio con 1,2; Tecnico di Fisiopatologia Cardiocircolatoria con 1,1 e Infermiere con 1,0.

Sotto il rapporto D/P di 1: Ortottista con 0,9; Educatore P. e Tecnico Prevenzione con 0,7; Tecnico Ortopedico 0,5; Tecnico Audioprotesista,

Tecnico Audiometrista, Terapista Occupazionale con 0,4 e infine Assistente Sanitario con 0,3.

Tuttavia, va evidenziato che successivamente la copertura dei posti può aumentare sia tramite le graduatorie derivate dalle domande di seconda e terza scelte dei Corsi che dalla novità dell'utilizzo dei posti residui su altre Università, come da Decreto MUR n. 1116 del 31 luglio 2024, art. 6. comma 6, a seguito della proposta della Conferenza CLPS.

Docenti per gli insegnamenti professionalizzanti MED/45-50

Si conferma la insufficiente presenza di docenti appartenenti allo specifico profilo professionale, chiamati in ruolo dalle Università, e la prevalenza dell'affidamento degli insegnamenti a docenti a contratto, in gran parte dipendenti Ssn.

Sul totale di 717 docenti degli ex SSD MED/45-50, che lo scorso anno erano 666 e che fanno parte dei 9.973 dell'intera area 6 di Medicina (Tab. 3 B) solo 109, pari ad appena il 15%, appartengono ai profili delle professioni sanitarie dei Settori specifici.

Il Settore MED/45 comprende 80 docenti strutturati di cui 78 appartengono alla professione infermieristica; tuttavia, sono ancora di gran lunga insufficienti se si considera l'esistenza di 48 Corsi distribuiti su ben 241 sedi. Nessun ruolo fra i 254 del MED/46 Tecniche di Laboratorio mentre sono 4 su 5 del MED/47 in Ostetricia, 21 su 48 per MED/48 Riabilitazione e appena 3 su 142 del SSD MED/49 Dietistica e 3 sui 188 per MED/50 Tecniche mediche applicate, di cui 2 Igienisti Dentali e 1 Logopedista. Rimane l'attesa che comunque il "sistema" si adatti alle indicazioni adottate dalla Conferenza Stato-Regioni con le Linee guida per i Protocolli di intesa Regioni-Università del 29 luglio 2022.

Procedure sugli esami di ammissione. Nel consultare i bandi pubblicati dalle Università sono emerse due diverse modalità di elaborazione delle graduatorie, in analogia agli anni precedenti: - **per punteggio**, con priorità alla classifica generale sulla prova d'esame e poi alla scelta, favorendo la possibilità di sfruttare le II e III opzione per gli studenti meritevoli. Riguarda la maggioranza delle Università statali, 32 su 41. - **per preferenza**, in cui prevale invece prima la scelta del Corso e poi il punteggio conseguito nella prova di esame di ammissione, sfavorendo quindi le successive opzioni, che riguarda le sette Università di Brescia, Trieste, Udine, Genova, Chieti, Napoli Federico II e Catania. Circa i questionari ogni Ateneo prepara il suo in modo autonomo, mentre per Medicina e Chirurgia il MUR stabilisce l'utilizzo di un questionario unico per tutte le Università statali, predisposto dal Consorzio CINECA di Bologna. Tuttavia, anche per le Professioni Sanitarie ormai oltre la metà delle 41 Università statali si avvale del CINECA per un questionario unico, come ad esempio per le 19 Università di Verona, Udine, Trieste, Parma, Modena, Bologna, Firenze, Siena, Ancona, Perugia, Roma Tor Vergata, L'Aquila, Chieti, Salerno, Bari, Foggia, Messina, Cagliari e

Sassari. Il costo della tassa di iscrizione all'esame di ammissione è quasi invariato rispetto allo scorso anno in tutte le Università, con media di 52 €. Conferma per il costo maggiore, con 100 €, Università di Novara, Pavia e Napoli Campania. Mentre continua ad essere da diversi anni la più economica l'Università di Cagliari con 26 €. Sono sulla media di circa 50 € la maggioranza delle altre Università come Torino, Brescia, Milano, Trento, Verona, Genova, Bologna, Parma, Firenze, Ancona, Chieti, Napoli Federico II, Lecce, Cosenza, Catanzaro e Messina.

Situazioni su ognuna delle 22 Professioni.

Si riportano le tabelle con i dati di tutte le 22 Professioni, (Tabelle 11-32) con la relativa sintesi sui totali sia per ogni Professione (Tab. 33) che per ogni Regione (Tab. 34). Al fine di poter meglio apprezzare le differenze e alcune incoerenti sproporzioni - sia in esubero che in carenza - rispetto agli indicatori demografici, si riportano sia i valori percentuali suddivisi per ogni Regione e per ogni Professione, che il rapporto dei Posti per Centomila Abitanti (PCA). Inoltre, è stato aggiunto il risultato dell'eventuale ricalcolo sulla ripartizione in base all'indicatore demografico della popolazione rispetto ai fabbisogni indicati dalle varie Regioni.

Riflessioni sulla programmazione posti A.A. 2024-25

Per il quarto anno consecutivo, dal 2021, il Ministero dell'Università mette a bando tutti i posti dell'offerta formativa proposti dalle Università, con un totale di 35.584; numero che è inferiore al totale di 43.515 del fabbisogno stabilito con l'Accordo della Conferenza Stato-Regioni del 11 luglio 2024. La carenza è di -7.931 posti, pari al -18,2%, in prevalenza su Infermieristica per -6.397 posti, pari al -23,5% rispetto ai 26.832 del fabbisogno.

Dall'analisi dettagliata per ognuna delle 23 Professioni (Tab. 7) si rilevano 3 diverse situazioni: **Equilibrio o quasi**, per i Fisioterapisti (-1%) su 2.822 posti. **Offerta inferiore** per 14 professioni, con 8.883 posti delle Università inferiori ai fabbisogni: Educatore Professionale (-59%), Terapista Occupazionale (-50%), Tecnico Audiometrista (-49%), Podologo (-47%), Audioprotesista e Assistente Sanitario (-36%), Tecnico Ortopedico (-25%), Infermiere (-24%), seguiti da Tecnico Riabilitazione psichiatrica (-10%), Terapista Neuro Psicomotricità dell'età evolutiva (-9,3%), Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria (-8,5%), Ostetrica (-3,2%), Tecnico di Laboratorio (-2,7) e Ortottista (-2,3%). **Offerta superiore** per 7 professioni: con 882 posti delle Università superiori ai fabbisogni: Dietista con +52% fra Università con 590 posti rispetto ai 388 del fabbisogno, Tecnico di Radiologia +29%, Università 1.700 e fabbisogno 1.316, Tecnico di Neurofisiopatologia con +23%, Università 190 e fabbisogno 155, e Igienista Dentale con +20% fra 905 Università e 755 del fabbisogno. Con valori minori, Logopedista +8,0%, Università 986 e fabbisogno 913, Infermiere Pediatrico +6,1%, Università con 279 e fabbisogno 263, Tecnico della Prevenzione +2,5%, Università con 891 e fabbisogno 869.

Corsi di Laurea Magistrale

Siamo al 21° anno di attivazione per le cinque classi di Infermieristica-Ostetrica, Riabilitazione, Tecnico Diagnostica, Tecnico Assistenziale e Prevenzione (Tabelle 35 e 36). In totale sui 21 anni di attivazione, dal 2004 al 2024, i posti a bando sono stati 49.469, meno dei 70.246 chiesti dalle Regioni (-29%), con una media di 2.356 posti all'anno. In ulteriore aumento il fabbisogno deciso dalla Conferenza Stato-Regioni da 10.248 dello scorso anno a 10.512 (+2,6%). Rispetto al numero delle domande presentate su ognuna delle cinque classi per questo A.A. 2024-25 (Tab. 35) sui 3.940 posti a bando ci sono 13.983 domande, che sono inferiori alle 15.461 dello scorso anno, pari al -9,6%.

Per la prima volta, grazie alla disponibilità del Consorzio AlmaLaurea, si riportano anche i dati sul numero dei Laureati per ogni anno, che è pari al 83% medio del totale sugli ultimi 21 anni, di cui gli ultimi tre sono come stima. Va precisato che il valore percentuale superiore al 100% dei Laureati dei primi otto anni, dal 2004 al 2011 è dovuto alla iscrizione in sovrannumero di numerosi professionisti che ricoprivano già ruoli dirigenziali, sia in ambito assistenziale che in quello formativo dei Corsi di Laurea. Il Corso più richiesto resta quello della I classe Infermieristica e Ostetrica con 11.070 domande su 2.147 posti, con D/P di 5,2; segue la Prevenzione con 605 domande su 275 posti con D/P di 2,2, poi la Riabilitazione 1.400 domande su 795 posti e D/P di 1,8; la classe Tecnico Assistenziale 171 domande su 113 posti con D/P di 1,5 e infine Tecnico Diagnostica con 737 domande su 610 posti e D/P di 1,2.

Prospettive per l' A.A. 2025-2026

La Conferenza Clps auspica che la definizione dei fabbisogni del prossimo anno 2025 da parte del Ministero della Salute e della Conferenza Stato-Regioni venga fatta entro il 30 aprile, come prevede il Decreto Legislativo 502 del 1992, Questo, per dare tempo utile alle Università di poter rivedere i criteri della determinazione dei posti da mettere a bando, rimodulando e riequilibrando alcune carenze rispetto ad alcuni esuberanti di offerta formativa. Inoltre, di pubblicare i bandi entro i 60 giorni prima dell'esame di ammissione, come era stabilito dall' art. 4, comma 1, della Legge 264 del 1999. Infine, si conferma l'obiettivo di ricercare un equilibrio tra bisogni sanitari e sociali emergenti, occupazione, e preparazione culturale di qualità di tutte le 23 Professioni sanitarie.

** Segretario della Conferenza nazionale Corsi di laurea delle Professioni sanitarie*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricette online, dubbi dei medici

La Lega: più aiuti alle start up

Riapertura del concordato, caccia a 700 milioni. E Meloni vede i sindacati

di **Claudia Voltattorni**

ROMA Le detrazioni degli investimenti in start-up e Pmi innovative vanno tolte dal tetto previsto nella legge di Bilancio, così come accade per le spese sanitarie. Lo chiede la Lega attraverso un emendamento alla manovra economica. La proposta di modifica è firmata dal deputato Giulio Centemero, che vuole aggiungere all'esclusione delle spese sanitarie dal computo dell'ammontare complessivo degli oneri e delle spese, anche le «somme per investimenti in start-up innovative detraibili» e quelle «per investimenti in piccole e medie imprese (Pmi) innovative detraibili». Il costo previsto è di 40,5 milioni di euro dal 2025.

E proprio su questo argomento il Pd attacca il governo

parlando di «erroraccio». A fine novembre il Parlamento ha approvato una legge che concede agevolazioni fiscali proprio alle start-up e alle Pmi innovative, «legge di fatto invalidata dai limiti inseriti dal governo in legge di Bilancio» spiega la senatrice Pd Cristina Tajani. «Il governo cancella le disposizioni approvate poche settimane fa, è l'ennesima dimostrazione di quanto poco stia facendo per crescita, innovazione e competitività delle imprese».

Polemiche anche per la norma che riguarda le ricette mediche. Dal 2025, secondo l'articolo 54 della manovra, tutte le ricette dovranno essere in formato elettronico per «potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché garantire la completa alimentazione del fascicolo sanitario elettronico». Ma medici e farmacisti sollevano dubbi. Per il presidente della Federazione dell'Ordine

dei medici chirurghi e odontoiatri Filippo Anelli, «il problema è se siamo pronti per farlo, e se le reti di supporto tengono», meglio «potenziare la struttura elettronica, ci sono luoghi nei quali le linee telefoniche non sono stabili o non presenti affatto». Per i farmacisti, sì alla dematerializzazione delle ricette, «ma il sistema funziona con criticità», dice il vicepresidente della Federazione nazionale dei titolari di farmacia Gianni Petrosillo.

Oggi intanto alle 16 scade il termine di presentazione alla commissione Bilancio della Camera degli emendamenti alla manovra. Ma tutti gli occhi sono puntati sul Consiglio dei ministri di domani. L'attesa è infatti per la riapertura dei termini del concordato preventivo biennale per le Partite Iva, chiuso il 31 ottobre. La cifra raccolta è stata di 1,3 miliardi di euro, meno dei 2 attesi. Il governo lavora ad

una riapertura dei termini attraverso un decreto ad hoc che prorogherebbe la nuova scadenza di un altro mese. Grazie a nuove risorse, la maggioranza avrà un margine più ampio per le misure, come l'aumento delle pensioni minime, il taglio di due punti dell'aliquota fiscale da 35% a 33% chiesto da FI, l'ampliamento della flat tax a 100 mila euro voluto dalla Lega, oltre alla riduzione della tassa sui Bitcoin salita al 42% (dal 26%).

Ma oggi è anche il giorno dell'incontro tra Giorgia Meloni e i sindacati. Alle 10 i leader di Cgil, Cisl e Uil varcheranno la soglia di Palazzo Chigi per parlare della legge di Bilancio. Convitato di pietra sarà lo sciopero generale contro la manovra già proclamato da Cgil e Uil per il 29 novembre. Mercoledì Meloni incontrerà le imprese.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le tappe della legge di Bilancio

Oggi alle 16 scade il termine per presentare gli emendamenti

1 Oggi alle 16 scade il termine di presentazione alla commissione Bilancio della Camera degli emendamenti alla manovra economica da parte di maggioranza e opposizioni. Il testo è stato approvato lo scorso 15 ottobre dal Consiglio dei ministri.

Domani il Consiglio dei ministri e il rinvio della scadenza fiscale

2 Alle 10 di martedì è previsto il Consiglio dei ministri. Tra le varie misure, atteso un decreto ad hoc per riaprire i termini del concordato preventivo biennale chiuso lo scorso 31 ottobre. La riapertura potrebbe far slittare il termine di altri 10 o 15 giorni.

Entro venerdì la «scrematura» in commissione Bilancio

3 La commissione Bilancio della Camera deve scremare tra gli emendamenti arrivati ed entro venerdì dichiarare quali sono ammissibili e quali no. Entro lunedì devono poi arrivare le proposte di modifica segnalate dai gruppi parlamentari.

L'arrivo in Aula a dicembre Poi il testo va al Senato

4 Una volta votati gli emendamenti, il testo con le modifiche approvate arriva in Aula. L'arrivo previsto dovrebbe essere nella prima metà di dicembre. Il testo dovrebbe passare poi al Senato per essere approvato entro il 31 dicembre 2024.



Mef Il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti



IL PROVVEDIMENTO IN MANOVRA NONOSTANTE I DUBBI DEI CAMICI BIANCHI

Addio alle ricette su carta

Prescrizioni mediche, è rivoluzione digitale: arriveranno su mail e WhatsApp

● Anche la salute corre sui social: tutte le ricette mediche, d'ora in poi, arriveranno online. Tramite messaggio whatsapp. Il provvedimento inserito in manovra, tuttavia, lascia perplessi i medici.

Loiacono a pagina 4

RIVOLUZIONE MEDICA

Addio alle prescrizioni su carta la ricetta arriva con Whatsapp

La Manovra prevede solo il formato elettronico. Dubbi dei camici

Loirena Loiacono

Anche la salute corre sui social: tutte le ricette mediche, d'ora in poi, arriveranno online. Tramite messaggio whatsapp. È già così, quasi ovunque, per la vecchia ricetta rossa riservata ai farmaci di classe A, a carico del servizio sanitario nazionale. E dal 2025 la dematerializzazione raggiungerà anche la ricetta bianca, con cui vengono prescritti i farmaci di fascia C a pagamento per il cittadino, come ad esempio gli anti-infiammatori come il Voltaren o il paracetamolo come la Tachipirina: lo prevede l'articolo 54 della nuova Legge di Bilancio.

La norma prevede che «tutte le prescrizioni a carico del Servizio sanitario nazionale sono effettuate nel formato elettronico». Anche per le ricette dei farmaci gratuiti, dunque, verrà utilizzato lo stesso sistema informatico della Sogei, la società del Ministero dell'economia e delle finanze che gestisce le reti in uso

nella pubblica amministrazione: il medico utilizzerà il sistema online, attraverso il computer, e il paziente avrà un codice che lo renderà riconoscibile in tutte le farmacie anche quelle fuori regione. La ricetta dei farmaci a pagamento potrà essere inviata anche tramite whatsapp e sarà subito disponibile nelle mani del paziente che non dovrà più recarsi nello studio medico.

Il sistema informatico ha il vantaggio di «potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e di garantire la completa alimentazione del fascicolo sanitario elettronico». In questo modo si azzerà anche il margine di errore legato alla comprensione della scrittura del medico. Non sono tutti d'accordo: i medici temono per i pazienti non abituati alla digitalizzazione e per la capacità del sistema informatico di reggere una nuova mole di lavoro. In un momento in cui i problemi di certo non mancano: «L'idea di dematerializzare tutte le ricette è prematura e potrebbe bloccare l'attività dei medici e impedire l'accesso dei pazienti a farmaci e prestazioni importanti - spiega il segretario generale della Fimmg, Silvestro Scotti - da qualche tempo i medi-

ci di famiglia stanno riscontrando dei blocchi del sistema più o meno intensi e duraturi che impediscono l'attività prescrittiva elettronica». Resta la possibilità di stampare le ricette per determinati farmaci: «Non tutti i farmaci nelle ricette bianche sono dematerializzabili - spiega la Fimmg - ad esempio non lo sono sonniferi e tranquillanti».

riproduzione riservata ©



SANITÀ

Addio ricetta bianca ora la prescrizione arriverà via whatsapp

La manovra elimina
la carta anche per
i farmaci a pagamento
Medici preoccupati

di Michele Bocci

Scritta su un foglio, con giusto una firma, la data e un timbro. Ogni giorno la usano milioni di italiani ma è destinata a sparire. La cosiddetta ricetta bianca, con la quale vengono prescritti farmaci di fascia C a pagamento per il cittadino, dall'anno prossimo dovrà essere eliminata. Il governo ha previsto in un articolo della manovra, il numero 57, che diventi dematerializzata, come lo è già in quasi tutto il Paese la ricetta rossa, quella per medicinali di classe A che invece sono a carico dello Stato. Chi la compila deve utilizzare il sistema informatico e rilasciare un codice al paziente.

I farmaci in classe C, sono diffusissimi, e agli italiani costano circa 3,5 miliardi l'anno. Tra questi ci sono le benzodiazepine, l'antinfiammatorio diclofenac (il nome di marca è Voltaren), il paracetamolo, la pillola anticoncezionale, vari antibiotici e cortisonici (anche usati insieme in alcune creme), farmaci contro la disfunzione erettile.

La novità viene decisa in un periodo particolare per Sogei, la società del Mef che tra l'altro genera l'Nre, il numero della singola ricetta elettronica, visibile tra l'altro da tutti i farmacisti, che grazie a quello sanno quali medicinali consegnare. Da una ventina di giorni il sistema di Sogei ogni tanto si blocca. Ci sono sta-

te molte proteste, da parte dei medici e delle Regioni, per le interruzioni del servizio di un'ora e mezzo o due nei giorni 4, 5, 6 novembre ma anche ad ottobre varie volte, a partire dal 15. È andata a finire che i dottori che le avevano ancora hanno dovuto tirare fuori le vecchie ricette rosse e scrivere a mano oppure rimandare i pazienti al giorno dopo, creando di disagi e attese.

Comunque sia, il sistema già in uso per le richieste dei farmaci gratuiti deve essere utilizzato anche per quelli a pagamento, a partire dall'anno prossimo. Nell'articolo, che menziona anche le richieste a carico del servizio sanitario nazionale, è scritto che «al fine di potenziare il monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva nonché garantire la completa alimentazione del Fascicolo sanitario elettronico, tutte le prescrizioni a carico del cittadino sono effettuate nel formato elettronico». Il cambiamento farà sì, ad esempio, che i medici potranno spedire via mail o Whatsapp anche le richieste per farmaci a carico del paziente, che oggi costringono i cittadini a passare dallo studio anche quando si tratta di proseguire terapie già avviate. Poi permetterà di poter ritirare anche in una Regione diversa il prodotto richiesto e ridurrà il margine di errore legato alla mancata comprensione della calligrafia del professionista. C'è poi, come dice la norma, una questione di registrazione dei dati di consumo, che già esistono ma diventeranno ancora più precisi, soprattutto per quanto ri-

guarda la valutazione del numero di prescrizioni dei singoli camici bianchi. Anche gli specialisti, ovviamente, dovranno usare il computer, o magari una app, per inserire la richiesta per il loro assistito.

La novità è stata criticata da Silvestro Scotti, segretario della Fimmg, il principale sindacato dei medici di famiglia. «Sebbene l'obiettivo sia di migliorare l'efficienza e monitorare meglio le prescrizioni – ha detto – il rischio è che la misura non tenga conto dell'attuale capacità del sistema informatico di sostenere un carico esclusivamente digitale».

I punti

1 **Classe A**
Sono i medicinali passati dal sistema sanitario nazionale per i quali un tempo si usava la ricetta rossa, ormai quasi ovunque dematerializzata

2 **Classe C**
Si tratta di medicinali a carico del cittadino ma per i quali è obbligatoria la ricetta del medico, che deve fare quella bianca

3 **Sop e Oct**
Si tratta dei cosiddetti medicinali da banco, per i quali non è necessaria alcuna ricetta. Ovviamente, sono a carico del cittadino



Nonostante i passi avanti degli ultimi dieci anni, quasi 60 milioni di persone nel mondo non hanno accesso a questi servizi essenziali. Nel nostro Paese ne hanno bisogno oltre mezzo milione di pazienti l'anno

Cure palliative troppo spesso ancora «negate»

di **Ruggiero Corcella**

Nel 2014, l'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) ha approvato l'unica risoluzione «autonoma» sulle cure palliative, invitando tutti i Paesi a «rafforzare le cure palliative come componente di un'assistenza completa, durante tutto il corso della vita». Che cosa sono le cure palliative? La legge italiana 38/2010 le definisce come «l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, rivolti sia alla persona malata sia al suo nucleo familiare, finalizzati alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un'inarrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici».

La risoluzione dell'Oms esorta gli Stati membri a integrare le cure palliative come componente fondamentale dei sistemi sanitari. L'accesso a tali cure è diventato quindi un diritto universale, come ribadisce Gino Gobber, presidente della Società italiana cure palliative (Sicp, che dal 21 al 23 novembre si riunirà a Riccione per il XXXI Congresso nazionale) in occasione della Giornata nazionale delle cure palliative, che ogni anno si celebra l'11 novembre: «Le cure palliative sono un diritto del paziente, un vantaggio per

l'organizzazione sanitaria e un'occasione per i professionisti».

«La Giornata nazionale delle cure palliative rappresenta per la nostra Federazione un'importante occasione per riportare all'attenzione dell'opinione pubblica e delle

istituzioni il valore del prendersi cura e ribadire quanto il paradigma delle cure palliative impatti positivamente sulla qualità di vita, migliorandola per il malato e per chi lo aiuta e preservandone la dignità fino alla fine», sottolinea Tania Piccione, presidente della Federazione Cure Palliative che riunisce tra i suoi soci 102 organizzazioni non profit del settore, in cui operano oltre 5 mila volontari in tutta Italia.

Disparità tra i Paesi

A distanza di dieci anni dalla risoluzione Oms, i servizi di cure palliative non sono stati ampliati nella misura necessaria a soddisfare la domanda. Come ha ricordato Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms, «quasi 60 milioni di persone non hanno ancora accesso a questi servizi essenziali».

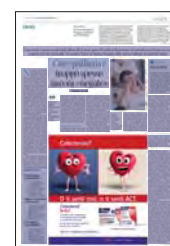
L'offerta di servizi a livello globale è leggermente aumentata, passando da 16 mila a 25 mila servizi, ma copre ancora solo circa 3-7 milioni di pazienti sui 60 milioni che ne hanno bisogno ogni anno.

Senza contare che di questi 60 milioni, adulti e bambini, oltre l'80% vive in Paesi a basso e medio reddito. La Worldwide Hospice Palliative Care

Alliance organizzazione non governativa presente in oltre 100 Paesi che si occupa di hospice e cure palliative, ha stimato che più della metà del fabbisogno di cure palliative viene soddisfatto nei Paesi ad alto reddito, mentre solo il 4% nei Paesi a basso e medio reddito. A livello globale, si stima che 22 milioni di neonati, bambini e adolescenti affetti da malattie inguaribili potrebbero beneficiare delle cure palliative pediatriche.

In Italia, circa 30 mila minori hanno diritto alle cure palliative pediatriche, 11 mila di questi di servizi specialistici ad alta attività assistenziale, ma solo il 15-18% riesce ad accedervi. Per quanto riguarda gli adulti, a fronte di un fabbisogno stimato tra le 450 mila le 540 mila persone l'anno, solo un malato oncologico su tre vi accede mentre mancano dati su tutta la galassia di chi soffre di dolore cronico.

Questo nonostante le leggi in vigore. Il nostro Paese infatti è stato il primo in Europa a varare una legge (38/2010) per riconoscere il diritto dei pazienti a non soffrire inutilmente, il trattamento del dolore e la sua misurazione, ma anche la presa in carico delle sofferenze familiari, oltre a prevedere la formazione dei professionisti e un'organizzazione secondo reti cliniche.



«Molto è stato fatto — aggiunge Gobber —. Tutte le attività del Servizio sanitario nazionale però stanno soffrendo la mancanza di operatori e c'è un divario tra il bisogno e la disponibilità, che non è ipotizzabile venga superato in tempi brevi». Al Congresso di Riccione, Sisp presenterà un documento con le sue proposte.

Secondo il presidente di Sisp, tuttavia, «viviamo un momento che può essere definito a ragione come un'occasione unica per il Ssn. La Legge 106 del 2021 chiede alle Regio-

ni di completare l'articolazione delle Reti di cure palliative entro il 2025, il DM 77/22 definisce il ruolo di tali Reti nel panorama ampio di una sanità territoriale profondamente rinnovata, la Legge 197/2022 fissa l'obiettivo della presa in carico del 90% del bisogno di cure palliative da raggiungere entro il 2028. Tutto questo si colloca nel perimetro ampio del Piano nazionale ripresa e resilienza (Pnrr) con l'impegno del miglior uso delle risorse rese disponibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sono un diritto del paziente e un vantaggio per l'organizzazione sanitaria

Le cure palliative si rivolgono non solo ai malati oncologici, ma a tutti quelli con patologie inguaribili

I numeri in Italia

Il fabbisogno di assistenza

Ogni anno tra le 450 e le 540 mila persone ne hanno bisogno nel loro ultimo periodo di vita; oltre un terzo di queste persone presentano bisogni di complessità elevata

Medici e infermieri non bastano

Alla richiesta di cure palliative specialistiche a domicilio fanno fronte circa 750 medici palliativisti (ne sono necessari 1.600), e circa 1.500 infermieri (ne servirebbero 4.550)

Gli hospice e i posti letto

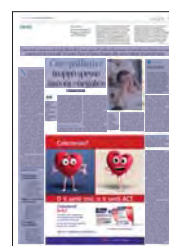
Nei 307 hospice (52,9% al Nord; 27,45% al Centro; 19,6% al Sud), lavorano circa 500 medici palliativisti (ne mancano 100) e oltre 2.100 infermieri (600 in meno) per 3.199 posti

La parola

PALLIATIVO

Il termine nasce proprio da pallium, che in latino è il mantello. L'indumento che, secondo la tradizione, Martino, giovane soldato, tagliò a metà per offrirlo a un mendicante seminudo sfinito dalla stanchezza e dal freddo. San Martino è così diventato il patrono delle cure palliative.

La Legge 197/2022 fissa l'obiettivo della presa in carico del 90% del bisogno di cure palliative entro il 2028



Digitale e intelligenza artificiale al centro dell'ospedale del futuro

VITO SALINARO

Si chiama "Command center": sfrutta una gran mole di informazioni (big data), si avvale dell'intelligenza artificiale (Ai), e lascia che il continuo utilizzo di questi dati migliorino le prestazioni (machine learning): simile a una torre di controllo del traffico aereo, il Command center è capace di gestire un intero ospedale. Futuro? In Canada, a Toronto, nell'Humber River Hospital, è già realtà. Il sistema è stato sviluppato dal colosso Ge HealthCare, per oltre 125 anni divisione medica di General Electric, e ora spin off della casa madre, quindi a tutti gli effetti azienda indipendente quotata al Nasdaq. 160 Paesi serviti, 51.000 dipendenti e un fatturato di poco inferiore ai 20 miliardi di dollari. Presidente e ad di Ge HealthCare Italia, Malta e Israele, è Antonio Spera, un lucano con la passione per l'ingegneria clinica. **Quando avremo un Humber River in Italia?**

Prima di parlare di una simile realtà, servirebbe una "piccola" rivoluzione. Cioè, tutto il processo deve essere digitale, al 100% "paperless", quindi senza carta. A Toronto, nessun medico, nessun infermiere, né oss (operatori sociosanitari, ndr) scrive qualcosa su carta. All'ingresso di ogni stanza di degenza c'è un tablet, dove è ripartito tutto, dalla cartella clinica al menu.

Se questa è la premessa, forse noi siamo un po' indietro...

Questo è il prerequisito. Il cardine è la cultura organizzativa. L'Humber River è un ospedale 100% digital, dove tutto è trasformato in dati gestibili, "vagliati" da un Command center, una torre di comando che, volendo, potrebbe essere dematerializzata e contenuta in un tablet, da dove è possibile seguire il funzionamento di interi reparti: lista di pazienti, esami in esecuzione, gestione dei letti; capire se un paziente, concluso il percorso diagnostico o terapeutico, necessita delle dimissioni. Ancora, massimizzare gli appuntamenti e ridurre i casi in cui i pazienti non si presentano a una visita. Grazie alla "programmazione intelligente" è possibile ridurre i tas-

si di mancata presentazione del 70%. E il Command center è determinante pure nel migliorare l'occupazione dei letti.

Con quali ricadute?

L'Humber River è stato in grado di creare l'equivalente di una capacità di 35 posti letto in più senza aggiungere personale o infrastrutture.

Il Command center interviene anche per un impiego più "clinico"?

Faccio un altro esempio: incrociando dati fisiologici, parametri come ecg, pressione, temperatura, in certe aree più critiche come le post-operatorie, può prevedere un rischio di sepsi, una delle maggiori cause di morte all'interno dell'ospedale.

Al di là di Ai e dati, come cambiano le macchine che eseguono Tac, Risonanze, Pet?

Oggi in 0,23 secondi si esegue una Tac cardiaca di estrema precisione. La radioterapia è sempre più efficace e si adatta al respiro del paziente, con minori effetti collaterali. Senza contare sullo sviluppo della robotica. Ma tutto è connesso. Perché più sono sofisticate le tecnologie, più la mole di informazioni da elaborare diventa enorme, quasi "esplosiva". Da qui la necessità di supercomputer che processino questi dati. E del Machine learning che contribuisce a creare esami con dettagli anatomici e funzionali invisibili solo fino a pochi anni fa, il tutto mentre si riduce la dose radiogena e si dimezzano i tempi di esecuzione.

Quanto ha a che fare tutto questo con la medicina predittiva?

La medicina predittiva si basa sull'utilizzo di informazioni plurime che poggiano su molti aspetti, tra cui la radiomica, cioè le informazioni che arrivano da Tac o Rm; la metabolomica, cioè i dati del sistema metabolico; e la genomica, ovvero le informazioni del nostro Dna. Questo set di informazioni di un paziente, rapportato ai database di un numero sconfinato di altri malati, aiuta lo specialista a predire percorsi e trattamenti personalizzati.

Perché le nuove tecnologie porteranno vantaggi ai servizi sanitari in termini di costi?

Per essere pratici: i tempi di esecuzione di molte indagini, come la Rm, si sono più che dimezzati. Con le stesse risorse tecniche si eseguono due o più esami rispetto a pochi anni fa, con grandi vantaggi anche sulle liste di attesa.

La "Missione 6 Salute" del Pnrr prevede risorse per oltre 4 miliardi da spendere entro il 2026, per l'ammodernamento del parco tecnologico e digitale degli ospedali italiani. A che punto siamo?

I nostri ospedali stanno cambiando passo sia sulla digitalizzazione sia sui grandi impianti. Le gare sono state fatte e aggiudicate, ma le installazioni sono ancora poche.

Siamo almeno a metà strada?

No, non siamo neanche a metà strada.

Potevamo muoverci meglio?

Potevamo muoverci molto più velocemente. Se penso a quello che hanno fatto gli amici spagnoli... Certo, non avevano la mole imponente dei nostri progetti ma in un anno e mezzo, due, hanno comprato e installato quasi la totalità delle nuove macchine.

Come saranno gli ospedali italiani tra 10-15 anni?

Dovremmo chiederlo a Elon Musk... Ha appena presentato uno dei suoi ultimi robot umanoidi annunciando che nel 2026 saranno acquistabili anche a 20.000 dollari. Teoricamente tra 15 anni mi aspetto che alcune funzioni assistenziali possano essere svolte quasi per intero dall'umanoide: non potranno fare interventi chirurgici complessi ma ci andremo molto vicini...

Torno alla prima domanda: tra 15 anni l'Italia avrà un Humber River?

Ho qualche dubbio ma anche qualche



speranza. Tra 15 anni ci saranno, come per tutte le cose, territori e ospedali più innovativi, altri meno. Qui da noi, ho visto qualcosa di interessante in alcuni ospedali privati, che hanno divisioni di ingegneri e ricercatori che sviluppano internamento sistemi avanzati di analisi dei dati, software e applicazioni Ai. Non siamo a livelli di Paesi come Israele, dove la gestione clinica e operativa degli ospedali sta raggiungendo livelli di eccellenza, ma è un punto di partenza rilevante. In assoluto, il faro in questo ambito resta il Nordamerica.

Cosa accade in Nordamerica, a parte l'esempio di Toronto?

Succede che ci sono già decine di Command center perché il privato america-

no può crescere, a differenza del nostro che ha dei tetti sulle prestazioni stabiliti dalle Regioni. Paradossalmente invece, è nel pubblico che da noi ci sono margini di crescita migliori. Ma in questo caso servono visione politica e voglia di innovare. E' il momento di pensarci.

A fianco il Command Center dell'ospedale Humble River di Toronto. Nella foto sotto Antonio Spera, ad di Ge Health Italia

SALUTE

In Canada il primo centro con una "centrale di controllo" che monitora tutto ciò che accade Spera (Ge Health): «L'Italia è più indietro, mentre sull'uso delle risorse del Pnrr non siamo nemmeno a metà strada»



8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

La riforma del Ssn deve puntare su assistenza territoriale, nuove tecnologie e capitale umano

di Ettore Jorio

Un Paese, una politica, uno stuolo di tecnici, numerosi organismi, molti dei quali di irragionevole esistenza, che trattano l'assistenza sociosanitaria come se fosse un gioco. Spesso peggio di come lo è stata negli anni precedenti.



Una fotografia non corrispondente alla verità

La scrutano da postazioni urbane senza considerare la situazione drammatica della periferia, come se la giudicassero da un attico di Milano ovvero una finestra medica di Firenze. La analizzano senza canoni di riferimento corretti e universali, tanto da essere condizionati da inconcepibili privilegi alla faccia di chi sta in lista d'attesa eterna, spesso causa di irrimediabilità della patologia sospetta divenuta acclarata per colposo ritardo di diagnosi o intervento chirurgico. La certificano senza avere visitato mai un periferia calabrese ovvero siciliana, ma anche nel centronord Italia montano.

A fronte di tutta questa somma di reati sociali e non solo, nessuno ragiona, tutti la mettono in quel sonno che genera i mostri (Goya dixit). Chi è al timone da decenni è privo di patente nautica ma soprattutto inesperto ad affrontare un mare in tempesta, così com'è da immaginare il Ssn «senza uomini e merci nonché sprovvisto di scialuppe di salvataggio».

Al comando troppi inadeguati che si susseguono

Chi lo governa - lo Stato con i principi fondamentali, ripetutamente elusi nel consentire alle Regioni, per esempio, l'esercizio della libera fantasia delle Regioni di mettere in campo quelle mostruosità giuridiche che sono le Aziende Zero ovvero di rimettere ad un decreto ministeriale (DM77/2022) la ridefinizione dell'assistenza territoriale, e le Regioni con le leggi di dettaglio - tradisce apertamente, coscientemente e consapevolmente il mandato costituzionale di assicurare la tutela della salute, diritto fondamentale.

Ciò ha generato disastri da nord a sud, pur nelle differenze tradizionali di un settentrione avvezzo ad investire nella componente privata, e da est ad ovest un disastro in progress, emerso maggiormente con la incapacità di programmare un piano anti-pandemico e dare risposte al Covid.

Gli errori di ipotesi sprofondano il welfare nell'ultimo girone dell'inferno

Davanti ad un tale disastro, la politica genera e rivendica l'indicibile accusandosi vicendevolmente di mettere pochi quattrini nella sanità, ritenendo oggi sbagliato non

rapportarli al Pil ma conteggiarli per saldo assoluto. Il tutto rapportato alle previsioni di valori che non si capisce da dove arrivino: necessitano X miliardi per taluni, XL per talaltri e XXL per i restanti.

Ma per fare cosa nessuno lo dice perché non lo sa. Riesce a proporre un sogno irrealizzabile di trovare in patria il personale sanitario che non c'è. Ciò sulla base della corresponsabilità storica e di tutti di non aver tenuto conto del pericolo sempre imminente e, nonostante ciò, mantenere in piedi numeri chiusi di accesso alle università per le professioni medicali. Insomma, si profila da qualche anno una politica da urlatori, in quanto nessuno pensa a come ristrutturarla radicalmente, dimostrando di trattare l'organizzazione esistente come una autovettura che, per vetustà, consuma due chilometri con un litro e mezzo di benzina imponendola come taxi nel servizio di trasporto pubblico urbano.

Il punto è cosa e come fare

La cosa più grave, nella logica di concretizzare quella rivoluzione necessaria a portare la salute a casa e nei luoghi di lavoro degli italiani, è che nessuno parla della sanità che verrà, o forse che in parte sta già avvenendo con l'ingresso della intelligenza artificiale e con la progettazione di quella cosiddetta generativa. Il ragionamento sembra tuttavia limitato ai fenomeni gestiti in telemedicina ovvero mediante il ricorso alla robotica chirurgica, confondendo ciò con l'introduzione a regime dell'intelligenza artificiale, per la cui sopravvenienza operativa nell'ambito sociosanitario ci vorrà ancora diverso tempo e una maggiore diffusa conoscenza. Nel frattempo si fa uso di un linguaggio atecnico per vendere al grande pubblico la messa a terra, meglio nelle corsie ospedaliere, dell'intelligenza artificiale. Ciò in riferimento ad altre metodiche che sono tutt'altro, del tipo la telemedicina, la robotica chirurgica, l'utilizzo di metodologie elettroniche che passano sotto la denominazione di wearable device e via dicendo.

Al riguardo, sono tante le soluzioni fantasiose che si sentono in giro, molte delle quali offrono premature soluzioni risolutive con l'applicazione della IA. Alcune delle quali addirittura estese alla programmazione, pianificazione e organizzazione dei trattamenti sanitari nonché ad una IA funzionale all'immediato superamento delle liste di attesa. La IA va trattata con maggiore conoscenza e consapevolezza da parte della governance della salute nonché con le dovute cautele perché potrebbe diventare una soluzione con tanti rischi, molti dei quali causati da ricognizioni errate (ovvero mai fatte) dell'esistente storico.

Pertanto, sarebbe un bel guaio andare dietro a pericolose castronerie, che rischiano peraltro di suscitare aspettative irrealizzabili, quantomeno nel breve periodo, in "ambito oncologico". Ciò perché occorre essere responsabilmente consci della logica che il patrimonio dei dati tesorizzato dall'IA in materia sociosanitaria è certamente vittima delle informazioni farlocche assunte negli anni pregressi, senza che gli stessi siano stati validati da ricognitori esperti dei fabbisogni epidemiologici e dei rischi epidemici.

Proprio per questo motivo, diventa importantissimo pensare ad una riforma strutturale fondata su tre importanti presupposti: come dare risposte in termini di prevenzione in ambienti di vita e di lavoro, iniziando a reinventare un ruolo diverso ai medici di famiglia; come introdurre a sistema le rinnovate metodologie di cura e anche di riabilitazione; come esercitare la funzione cosiddetta HR, ovvero sia afferente al capitale umano, da rivedere implementando il personale dipendente in termini di professionalità e competenza in linea con la modernizzazione dell'assistenza sociosanitaria. Il tutto con notevole ridimensionamento del tradizionale personale amministrativo e tecnico, in favore del quale si stanno spendendo inutili e gravosi selezionamenti concorsuali, utilizzando graduatorie vecchie di anni.

Al riguardo, nella tutela della salute, occorrono nuovi titoli di lavoro, ai quali anche le Università dovranno dare spazio didattico, anche nel post laurea. L'IA, al contrario di come si pensa da parte di chi le attribuisce la qualità di fantascienza, è una creatura artificiale cui bisogna tanto impegno dell'intelligenza naturale, quella umana. Da qui,

l'urgenza di provvedere da ieri alla formazione specifica, sulla base della incidenza che essa avrà nel governo dell'offerta sociosanitaria, ove assumerà nella continuità un ruolo emergente. Conseguentemente, per garantire un livello prestazionale nel suo ambito applicativo occorrerà avere presenti nell'organico del Ssn figure professionali nuove e insostituibili, pena la schizofrenia dell'apporto dell'IA in termini di dati elaborati e soluzioni fornite.

Considerato il veloce cammino che sta facendo la IA Generativa necessiterà la formazione applicata per assicurare al sistema della salute: curatore e manutentore di contenuti e dati per la IA generativa/IA; specialisti in immissione ed elaborazione dei dati (Input e Output specialist); progettisti di sistemi informatici (database architect); lo sviluppatore di applicazioni pratiche di IA Generativa (LLM developer/GenIA engineer); i progettisti di prompt, destinati a guidare le soluzioni di IA Generativa per generare i risultati desiderati (Prompt engineer); i programmatori specializzati nella codifica lato server, operante dietro pagine web (server side), così definito perché opera invisibilmente in contrapposizione al front end, che indica invece gli elementi visibili agli occhi dell'utente, elaborati lato client (client side); e poi analisti, graphic designers, creatori di sistemi e software developers (si veda *IlSle24Ore* del 30 ottobre scorso). Insomma, occorre a valle di un largely culturalized management sul tema specifico un organico specializzato a tal punto di mettere in moto la macchina dell'IA. Ciò quanto sarà pronta ad affrontare il suo ruolo sulla base di una mega elaborazione di dati rappresentativi delle verità occorrenti sostitutivi di quelli accumulati oggi con tanta superficialità.

Un Ssn da riscrivere e da prevenire ragionevolmente nei costi

Concludendo, altro che qualche miliardo di euro in più, il sistema è tutto da riscrivere, da prevenire ragionevolmente nei costi e da programmare nelle formazioni del personale, da reimmaginare iniziale e on the job, in linea con l'introduzione a regime del finanziamento pubblico fondato sui Lep e sul federalismo fiscale nonché dall'IA stricto sensu e non già di quella che oggi viene da più parti riconosciuta come tale. Un cambio di marcia e un consistente impegno di maggiori risorse, budgettizzate oggi - senza ricorso a previsioni razionali, ragionevoli e documentate nonché basate su costi unitari dei Lep ancora da individuare - nella misura di 80/100 miliardi di euro annui indispensabili per sostenere la maggiore spesa corrente.

Fare così - sparando numeri a caso senza sapere quali siano i Lep, quanto costino singolarmente e quanto occorra per il soddisfacimento dei fabbisogni di salute regionali differenziati - si generano danni di ipotesi irreparabili, abbondantemente maggiori di quelli che sta già arrecando alla Nazione intera il Ssn.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

8 NOV
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Medicina umanitaria: non solo una risposta alle emergenze ma un investimento per il futuro

Le crisi sanitarie globali sono molteplici e interconnesse. Tra le più gravi la crisi dei rifugiati, il cambiamento climatico, le pandemie, l'insicurezza alimentare. Ecco quindi che la medicina umanitaria diventa essenziale, non solo come risposta emergenziale, ma come investimento per il futuro.

“Il medico fa la differenza quando opera in chiave umanitaria, e sono fiero che l'Università UniCamillus, con la sua vocazione internazionale e umanitaria, contribuisca a formare tale consapevolezza”. Sono parole di **Gianni Profita**, Rettore di Unicamillus, pronunciate in apertura del convegno su “Medicina Umanitaria: una Risposta Italiana per il Futuro” che si è tenuto a Roma, presso l'Auditorium dell'Università UniCamillus, con la partecipazione di esponenti istituzionali, esperti e volontari umanitari di rilievo internazionale, con lo scopo di esplorare il ruolo della medicina umanitaria nella gestione delle emergenze globali e nella costruzione di una resilienza sanitaria sostenibile.

UniCamillus, forte della Terza Missione, promuove da anni il volontariato sanitario come strumento formativo per professionisti capaci di rispondere ai bisogni delle comunità più vulnerabili. Grazie all'impegno degli studenti e dei docenti, molti dei quali sono già attivamente coinvolti in missioni umanitarie: UniCamillus contribuisce a costruire una generazione di medici e operatori sanitari preparati a intervenire nelle aree più critiche del mondo.

Mons. **Vincenzo Paglia**, presidente della Pontificia Accademia per la Vita, ha invitato a non tradire la vocazione indicata dal Rettore Profita, spiegando che “oggi si globalizzano guerre ed egoismo, per questo la sfida della medicina umanitaria è quella di salvarci tutti, partendo dai più deboli”.

Di grande interesse l'intervento di **Cristiano Camponi**, Direttore Generale dell'INMP – Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto alle malattie della Povertà - ente che appartiene al SSN - che ha tra l'altro affermato che “Istituzioni, enti del Terzo Settore, università: tutti possono contribuire a mettere al centro il paziente, tenendo conto sia della sua salute fisica che delle sue peculiarità umane, psicologiche e sociali”.

E proprio questa considerazione umana del paziente è ciò che rende umanitaria la medicina, ed è “la parte più bella di questo mestiere, perché è una vocazione, e si salva la vita del prossimo senza aspettarsi un tornaconto economico”, ha commentato a sua volta la prof.ssa **Donatella Padua**, Delegata alla Terza Missione UniCamillus.

Massimo Gravante invece, docente di Dermatologia e Parassitologia Generale presso UniCamillus ha mostrato un video delle sue missioni in Benin e ha raccontato di come si affrontano le condizioni difficili di lebbra, albinismo, malaria di bambini anche molto piccoli: “In ogni missione umanitaria, però, è fondamentale il rispetto della dignità delle



popolazioni locali, sia in termini di credo religioso che di orientamento culturale”. La tavola rotonda “Missioni nel mondo: esperti a confronto è stato” moderata da **Vincenzo Morgante**, direttore di TV2000 e Radio InBlu, che ha ribadito il ruolo della Terza Missione universitaria come “elemento di raccordo tra didattica, ricerca e utilità sociale, ai fini di un bene comune”, con gli interventi di esponenti provenienti da realtà associative di stampo filantropico. Drammatico lo scenario raccontato da **Andrea Accardi**, Programmes Advisor di Intersos: “Nel mondo c’è stata un’escalation importante di conflitti armati: nel 2009 erano 17 in 16 contesti politici. Oggi abbiamo 50 Paesi che vivono in una condizione di alto livello di conflitto. Il focus è su Medio Oriente, Ucraina e Sudan”.

Ed è proprio alle istituzioni che si rivolge Emergency, la cui Medical Division è rappresentata dal chirurgo **Maurizio Cardi**: “Nei territori in cui operiamo, miriamo a responsabilizzare le istituzioni locali, per permettere a tutti di accedere gratuitamente alle cure migliori”. E non solo operare, ma anche creare resilienza. È quanto ribadito da **Francesca Toppetti**, direttrice generale di Emergenza Sorrisi ETS: “Come ONG, in 23 Paesi operiamo bambini affetti da malformazioni del volto acquisite o congenite, ma non basta. Per consentire alla sanità locale di essere indipendente, occorre trasferire competenze ai medici dei Paesi con cui collaboriamo: finora ne abbiamo formati 700”. Il benessere dei bambini è l’obiettivo di Telefono Azzurro Onlus, rappresentato nella tavola rotonda da **Michele Rioldino**, che è il Responsabile Diritti dell’Infanzia: “Dal 1987, anno di nascita del Telefono Azzurro, le chiamate dei minori sono aumentate, soprattutto dopo il Covid. I disagi maggiori nei più piccoli sono quelli di tipo psicologico, e non c’è salute dove non vi sia salute mentale” ha spiegato, ribadendo l’importanza del diritto all’ascolto dei più piccoli. Professionalità, dunque, ma anche tanto cuore. Quel cuore necessario per comprendere davvero il paziente nella sua accezione più indifesa e bella di essere umano. Come ha esortato **Fabrizio Frinolli Puzilli**, presidente AMKA: “Chi parte per le missioni umanitarie deve essere pronto, non solo dal punto di vista professionale, ma anche umano”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

Anelli (Fnomceo): un atto di civiltà l'assistenza sanitaria ai senza dimora

“Finalmente anche le persone senza fissa dimora potranno avere un medico di famiglia. Si colma così un vuoto di tutela, che contrastava con gli articoli 3 e 32 della Costituzione e con i principi ispiratori del Servizio Sanitario Nazionale, in base ai quali l'assistenza sanitaria va garantita in maniera uguale a tutti coloro che risiedono o dimorano nel territorio della Repubblica, senza distinzione di condizioni individuali o sociali”.

Così il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, accoglie la notizia dell'approvazione, in via definitiva, da parte del Senato – avvenuta all'unanimità con 130 sì – del disegno di legge, a prima firma Marco Furfaro, che punta a garantire l'assistenza sanitaria ai senza fissa dimora. Anche loro, nelle città metropolitane, potranno ora iscriversi nelle liste degli assistiti delle Asl, scegliersi un medico di medicina generale, avere accesso alle prestazioni assicurate dai Lea, tutti i diritti che fino ad oggi erano loro negati in quanto collegati alla residenza anagrafica.

Un provvedimento, questo, sostenuto con convinzione dalla Fnomceo sin dall'inizio. “Si tratta di un atto di civiltà – aggiunge Anelli – di una legge lungamente attesa che garantisce un'adeguata assistenza sanitaria anche alle persone che non hanno una residenza fissa, cui sinora era negata la possibilità di iscriversi nelle anagrafiche delle Asl e di scegliersi un medico di famiglia. Un grazie, dunque, a tutti i parlamentari che, al di là delle diverse appartenenze politiche, hanno espresso, in questa Legislatura, così celermente e convintamente il loro sì. In particolare, all'onorevole Marco Furfaro, primo firmatario e all'onorevole Marcello Gemmato, che tanto si è speso per superare le difficoltà burocratiche e di finanziamento della norma e ai due relatori, Cappellacci alla Camera e Minasi al Senato. Questo provvedimento è frutto di un grande lavoro di squadra per garantire anche ai più fragili, a coloro che rischiano di vivere ai margini della società, il diritto fondamentale alla salute e a poter fruire del Servizio sanitario nazionale, che si conferma così formidabile fattore di coesione sociale e di abbattimento delle disuguaglianze. Il provvedimento avrà anche ricadute positive in termini di salute pubblica, perché è nella miglior salute dell'individuo che si crea il fondamento della salute della collettività. L'auspicio è che, in futuro, si ampli l'area di applicazione della norma, per dare pieno compimento ai principi guida di universalità, uguaglianza ed equità che al nostro SSN danno forma e significato”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

Ddl Bilancio/ Previdenza integrativa: più adesioni, la rendita può servire per raggiungere l'assegno sociale

di *Claudio Testuzza*

L'art. 28 della legge finanziaria, in discussione alle Camere, ha previsto una sorta di aiuto per i lavoratori interamente contributivi, ossia chi è in attività dal 1996. Per raggiungere la soglia dell'assegno sociale (534,41 euro) necessaria per accedere al pensionamento con 67 anni di età e almeno 20 di versamenti, questi lavoratori potranno utilizzare l'eventuale rendita della pensione

integrativa. In pratica si rileva in questo, anche se marginale caso, l'importanza della contribuzione volontaria ad un fondo pensione, oltre evidentemente il fine fondamentale di poter incrementare il trattamento pensionistico obbligatorio falcidiato da sistema contributivo e spesso dalla discontinuità del lavoro e dei relativi contributi. Da questo l'importanza di sollecitare la scelta su questo fronte previdenziale anche grazie i buoni risultati degli ultimi tempi.

L'ultima rilevazione della Covip, la Commissione di vigilanza sui fondi pensione, aggiornata al 30 settembre 2024, conferma, e anzi rafforza, l'andamento positivo della previdenza integrativa nel corso del 2024 e nel confronto con i risultati del 2023. Per la previdenza complementare il 2023 si era già rivelato un anno di crescita dopo la frenata del 2022 dovuta alle difficoltà dei mercati finanziari.

I fondi pensione aperti avevano chiuso il 2023 riuscendo a recuperare il 70% circa delle perdite accumulate l'anno precedente. Il 2022 è infatti passato alla storia come un annus horribilis dei mercati finanziari sia per le Borse che per il reddito fisso. Tanto che, nelle linee censite avevano accumulato, in dodici mesi, perdite medie pari al -10,3%. Il 2023 viene invece chiuso a +7,2%.

Nei primi nove mesi del 2024 si è avuta una crescita delle adesioni del 3,3%, dei contributi incassati del 7,9%, delle risorse destinate alle prestazioni del 6,1% e dei rendimenti. Che in media hanno toccato l'8,9% nei fondi pensione negoziali, il 9,6% in quelli aperti e il 10,3% nei Pip (Piani individuali pensionistici).

Tuttavia è bene ricordare che i mercati finanziari non possono crescere all'infinito. Partendo da questo assunto, bisogna constatare però che le Borse continuano a salire, toccando valori quest'anno che sembravano irraggiungibili, di fronte alle incertezze globali, alle tensioni geopolitiche e, più di recente, alle stesse elezioni americane. In pratica il mercato azionario si è polarizzato su un numero ristretto di società, a partire dalle big tech americane, che hanno continuato a prosperare contribuendo alle buone performance delle Borse. Per cui, è probabile che avremo ancora periodi positivi finché questa realtà continuerà.

A settembre 2024, il totale di posizioni in essere delle forme pensionistiche complementari è di 11 milioni, il 3,3 per cento in più rispetto alla fine del 2023. A tali



posizioni, che includono anche quelle di coloro che aderiscono contemporaneamente a più forme, corrisponde un totale degli iscritti di 9,880 milioni.

Le posizioni sono cresciute di 205.900 unità nei fondi negoziali (+5,1 per cento rispetto al dicembre 2023), per un totale complessivo di 4,223 milioni.

Nelle forme pensionistiche di mercato, si contano 90.700 posizioni in più nei fondi aperti (+4,7 per cento) e 47.700 in più nei PIP (+1,3 per cento). Alla fine di settembre, il totale delle posizioni in essere in tali forme è pari, rispettivamente, a 2,041 milioni e 3,829 milioni. Nel corso dello stesso periodo del 2024, fondi negoziali, fondi aperti e PIP hanno raccolto nel complesso 10,5 miliardi di euro, in crescita del 7,9 per cento sul corrispondente periodo del 2023. L'incremento risulta più sostenuto per i fondi aperti (9,7 per cento). Il totale delle risorse destinate alle prestazioni è di 238 miliardi di euro, il 6,1 per cento in più rispetto ai 224,4 miliardi di fine 2023. Circa i tre quinti dell'incremento è dipeso dall'aumento dei corsi dei titoli in portafoglio. Il resto è dovuto ai flussi contributivi al netto delle uscite

L'attivo netto è di 73,5 miliardi di euro nei fondi negoziali, aumentato dell'8,3 per cento rispetto alla fine dell'anno precedente; si attesta a 36,1 miliardi nei fondi aperti e a 53 miliardi nei PIP, rispettivamente, il 10,8 e il 6,1 per cento in più in raffronto al 2023. Nei nove mesi del 2024 i risultati delle forme di previdenza complementare si confermano positivi, con valori più elevati per le gestioni con una maggiore esposizione azionaria. Per i comparti azionari si riscontrano rendimenti medi pari all'8,9 per cento nei fondi negoziali, al 9,6 nei fondi aperti e al 10,3 nei PIP. Nelle linee bilanciate i risultati sono in media pari al 5,8 per cento nei fondi negoziali, al 6,2 nei fondi aperti e al 5,7 nei PIP. Rendimenti medi inferiori, ma comunque positivi, si rilevano per i comparti obbligazionari e garantiti.

Osservando la distribuzione dei risultati dei singoli comparti tra le diverse tipologie di forma pensionistica e le diverse linee di investimento, tutti i comparti azionari e anche una buona parte dei bilanciati mostrano rendimenti più elevati rispetto ai comparti obbligazionari e a quelli garantiti oltreché al TFR, che nello stesso periodo, la sua rivalutazione è risultata pari al 2,3 per cento. Per ciascuna tipologia di linea di investimento, i fondi negoziali mostrano nel complesso una dispersione dei rendimenti dei singoli comparti inferiore a quella che registrano i fondi aperti e PIP.

Per fare una migliore valutazione il rendimento va considerato però negli anni, ed infatti la Covip, oltre a comunicare i dati per il 2024, ha pubblicato anche le tabelle con i confronti pluriennali. In un orizzonte più lungo, nei dieci anni compresi tra l'inizio del 2014 e la fine del 2023, il Tfr appare decisamente più competitivo con un rendimento medio del 2,4 % e batte ampiamente le linee obbligazionarie e anche quelle garantite, che mostrano invece rendimenti medi vicini o di poco superiori allo zero. Mentre vanno molto meglio le linee azionarie, con rendimenti medi tra il 4 e il 4,5%. I rendimenti medi delle linee bilanciate, invece, sono compresi tra il 2 e il 3%. Le gestioni separate di ramo I dei Pip, che contabilizzano le attività al costo storico e non al valore di mercato, ottengono un rendimento medio dell'1,7%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'idea L'IA che aiuta a prevenire i tumori Ecco la startup che elabora diagnosi precoci

Nel 2023 in Italia sono stati registrati 395mila nuovi casi di tumore, a fronte di una diminuzione del 3% di screening, secondo i dati coordinati dall'Istituto superiore di sanità. La tecnologia offerta dall'intelligenza artificiale può incidere nel ridurre i tempi diagnostici, migliorare i processi decisionali e le cure.

Persegue questi obiettivi, Senseledge, la startup guidata da Daniele Davoli, composta da professionisti del settore sanitario ed esperti in IA; la tecnologia sviluppata combina i dati ed effettua analisi predittive per individuare le fasce di popolazione più a rischio, sulla base della storia clinica dei

pazienti effettuando attività di prevenzione e screening.

I TEMPI

«Possiamo abbattere il carico di lavoro dei medici aumentando la rapidità e l'efficienza delle decisioni e le terapie - spiega Daniele Davoli, ceo di Senseledge -. L'intento è supportare i medici per elaborare diagnosi precoci, individuando e classificando la sospetta malignità».

Se con questa tecnologia le diagnosi diventano più rapide e precise ed i trattamenti personalizzati, sul lungo periodo i modelli predittivi sono in grado di individuare soggetti a rischio di ri-ospedalizzazione.

LO SCREENING

Invece nel caso dello screening del tumore al seno, il più diffuso, Senseledge ha individuato una soluzione per lo studio mammografico, realizzando il cosiddetto Clinical Decision Support System; gli studi sul seno sono classificati in base al grado di malignità e delle lesioni presenti nelle immagini diagnostiche, permettendo al sistema di aiutare il radiologo, (uniformando le capacità diagnostiche) e lo specialista nella definizione di terapie, riducendo al minimo i falsi negativi.

Paolo Traversi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sopra, analisi svolte con il software di Senseledge; più a destra, il ceo Daniele Davoli, 30 anni



Tumore al seno, una su 3 smette le terapie e rischia recidiva

Un terzo delle donne affette da tumore al seno interrompe o non assume adeguatamente la terapia ormonale, esponendosi così a un aumento del rischio di incorrere in una recidiva. È quanto emerge da un sondaggio dell'Associazione italiana di oncologia medica (Aiom) e Fondazione Aiom, presentato nel congresso dell'associazione in corso a Roma. «La terapia adiuvante, cioè successiva alla chirurgia, può essere

considerata uno dei maggiori successi in oncologia negli ultimi trent'anni», afferma il presidente di Fondazione Aiom, Saverio Cinieri. «Consiste nella somministrazione di farmaci che bloccano l'attività degli estrogeni, ormoni normalmente prodotti dall'organismo, ma responsabili dell'insorgenza e sviluppo di almeno due terzi dei tumori mammari», illustra Alessandra Fabi, membro del direttivo Aiom. Se assunta correttamente, la terapia ormonale

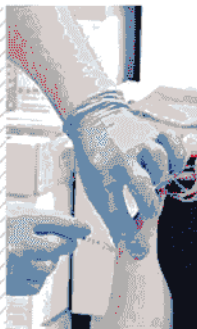
adiuvante può ridurre del 40% le recidive tumorali e di un terzo la mortalità per carcinoma mammario. Tuttavia, molte donne questo non lo sanno. Secondo il sondaggio, il 47% delle donne intervistate non è consapevole che la mancata aderenza può causare la recidiva della malattia. Ciò, insieme alla paura degli effetti collaterali, alla dimenticanza, a ragioni legate all'età e di carattere sociale, fanno crollare la quota di donne che assume in maniera adeguata il trattamento. «La comunicazione tra

oncologo e paziente è fondamentale come azione di rinforzo per migliorare i livelli di assunzione delle cure e far comprendere che la terapia endocrina rappresenta, di fatto, un vero e proprio salvavita», spiega il presidente eletto Aiom Massimo Di Maio.



Iniezioni in farmacia
Influenza, boom
di vaccini: ora c'è
meno diffidenza

Melina a pag.19



Influenza, volano i vaccini «Superate le diffidenze»

► Campagna partita prima, iniezioni in farmacia: previsto un aumento del 15%, in alcune Regioni gli immunizzati raddoppiano. L'infettivologo Rezza: c'è meno enfasi sul post-Covid

IL CASO

ROMA Sarà perché a letto con la febbre non ci vuole finire più nessuno, oppure perché la profilassi non fa più paura, fatto sta che i vaccini antinfluenzali vanno quasi a ruba. A un mese dall'inizio della campagna vaccinale, i primi dati, seppur parziali, sono infatti ovunque incoraggianti. In Emilia Romagna, quasi 447mila persone hanno chiesto di vaccinarsi contro l'influenza. In Toscana le circa 800 mila dosi messe a disposizione degli ambulatori si stanno esaurendo. Nelle farmacie del Veneto, si contano già 25.735 somministrazioni, il doppio rispetto all'anno scorso. A Roma, la vaccinazione antinfluenzale procede spedita, sicuramente meglio rispetto a quella contro il covid. In assenza di dati definitivi, negli studi medici si stima un aumento a livello nazionale di al-

meno il 15 per cento. «La campagna vaccinale sta andando meglio delle stagioni precedenti, c'è una maggiore consapevolezza su quanto sia importante proteggersi dall'influenza», spiega Tommaso Maio, responsabile dell'area vaccini della Fimmg (la Federazione italiana dei medici di medicina generale). A spingere le persone a vaccinarsi sarebbe quindi per lo più una maggiore informazione sui rischi che si corrono se ci si infetta con i virus influenzali. «Molti hanno capito che l'influenza non è così inoffensiva come pensavano, hanno compreso infatti che sono possibili complicanze significative. Dai dati che stanno arrivando - prosegue Maio - è chiaro infatti che si tratta di una forma particolarmente aggressiva. Sta poi finalmente cominciando a passare il messaggio che la vaccinazione è un diritto dei cittadini, non viene cioè considerato come un obbligo, quindi con un'accezione negativa». Ma conta non poco anche l'aspetto organizzativo. «Quest'anno, per la prima volta - ammette Maio - tutte le Regioni hanno definito le date di consegna già nella prima settimana di ottobre e qualcuna

stava addirittura già consegnando i vaccini. Questa celerità ci ha così permesso di pianificare le somministrazioni».

LA RICHIESTA

Intanto anche le farmacie, circa 12mila quelle aderenti alla campagna vaccinale, si attrezzano per non restare senza scorte. «C'è sicuramente un aumento di richiesta e quindi di sensibilità per la vaccinazione antinfluenzale - spiega Marco Cossolo, presidente di Federfarma - La facilità di accesso e la vicinanza delle farmacie favorisce senz'altro la fruizione». Per avere la certezza che sia cambiata la percezione della popolazione rispetto a vaccini è ancora troppo presto. «Un picco massimo di copertura vaccinale lo si è avuto intorno al 2005-06, quando si è arrivati al 68 per cento di copertura negli anzia-



ni, e quasi al 20 per cento della popolazione totale», ricorda Giovanni Rezza, professore di igiene all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano, già direttore generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute. Nel 2014-15, c'è stato poi un periodo di stabilizzazione e una sensibile riduzione, meno della metà degli anziani erano protetti. «In quell'epoca - precisa Rezza - c'è stata un po' di disinformazione. Anche in seguito a due morti casuali, che però vennero attribuite al vaccino. Abbiamo avuto di nuovo un aumento nel 2020-21, prima che arrivasse il vaccino covid: ci fu allora una forte campagna di sensibilizzazione per cercare di arrivare a fine dicembre protetti almeno dall'influenza». Quindi, la punta massima si registra nel 2020-21, con il 65 per cento negli anziani e quasi il 24 per cento nel totale della popolazione. «Dopo il covid - spiega Rezza - c'è stata un po' di stanchezza rispetto alle profilassi, e così ne ha risentito anche l'antinfluenzale. L'anno scorso si è vaccinato solo il 53 per cento degli anziani. Che quest'anno la percentuale tenda ad aumentare è dunque plausibile. Un po' forse è dovuto al fatto che c'è meno enfasi sul covid, e anche perché ci sono più opportunità di accesso alla vaccinazione, anche in farmacia». Intan-

to, gli esperti continuano a fugare i dubbi dei più indecisi. «La vaccinazione antinfluenzale la devono fare gli over 60 e poi tutti coloro che hanno comorbidità - ribadisce Massimo Andreoni, professore emerito di malattie infettive all'Università Tor Vergata di Roma e direttore scientifico della Simit, la Società italiana di Malattie infettive e tropicali - In sostanza, deve proteggersi chi ha una malattia che lo espone al rischio di avere una forma di influenza grave: quindi, per esempio, i nefropatici, i cardiopatici, bronchitici cronici, gli immunodepressi, i pazienti con tumore, i diabetici». Ma non solo. «La vaccinazione antinfluenzale è prevista poi per tutti i bambini sotto i 5 anni, per le donne in gravidanza, e per tutti gli operatori di servizi pubblici rilevanti». Per questa categoria di

persone la vaccinazione è gratuita. «Il vaccino antinfluenzale - ribadisce Andreoni - copre per un anno, poi viene di volta in volta aggiornato rispetto ai ceppi virali circolanti. Bisogna ricordarsi inoltre che da quando si fa il vaccino a quando funziona passano almeno 10-14 giorni. Conviene quindi farlo subito, perché l'influenza sta ormai circolando».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PIÙ RICHIESTE: CORSA DI FARMACISTI E MEDICI A GARANTIRSI LE FORNITURE PRIMA CHE SI ESAURISCANO LE SCORTE

Quanti italiani si vaccinano

Percentuale della popolazione che si è immunizzata dal virus influenzale



WithHub



→ LIBERO E IN SALUTE

L'infarto non è la causa di tutte le morti cardiache

I decessi improvvisi sono spesso dovuti ad altri problemi al cuore
Per prevenirli bisogna sottoporsi agli screening. Anche da giovani

PROF. FRANCESCO FEDELE*

■ Infarto fulminante! Giovane donna di 28 anni muore di infarto! Calciatore muore a 27 anni: ha avuto un infarto in campo durante la partita!

Sono queste le notizie che sempre più frequentemente leggiamo sugli organi di stampa e che indurrebbero a pensare che tutte le morti cardiache sono legate a infarto, termine che racchiude in sé una certa evocazione di ineluttabilità. Ma cerchiamo, e speriamo, di fare un po' di chiarezza. Per prima cosa, dobbiamo precisare che le morti di cui spesso si parla sono morti improvvise, intendendo con questo termine la morte che sopraggiunge inaspettata e che avviene entro una ora dall'inizio della sintomatologia acuta. I dati epidemiologici sono impressionanti: in Italia si stima che circa 70mila persone muoiono improvvisamente. La stragrande maggioranza delle morti improvvise è dovuta a cause cardiovascolari che provocano un arresto cardiaco con conseguente interruzione della circolazione sanguigna e, in particolare, dell'irrorazione cerebrale. Di queste 70mila morti improvvise, più di 1000 avvengono in soggetti giovani, apparentemente sani, di età inferiore a 35 anni.

Ma sono tutte morti legate a infarto?

ETÀ MATURA

Sicuramente in età matura, in entrambi i sessi, la causa più frequente di patologia cardiovascolare è rappresentata dalla cardiopatia ischemica sostenuta da le-

sioni aterosclerotiche delle arterie coronarie (le arterie che portano il sangue al cuore) che quando si ostruiscono provocano la morte del tessuto irrorato, causando l'infarto. Infarto che si può mani-

festare con gravi fenomeni aritmici (il più grave è la fibrillazione ventricolare) responsabile dell'arresto cardiaco e conseguente morte.

Tuttavia, soprattutto nei giovani, le cause della morte cardiaca improvvisa sono molto diverse e comprendono malattie che alterano la struttura, la morfologia e la funzione del cuore, anomalie del sistema elettrico cardiaco e anche processi infiammatori o infet-

tivi. In molti casi la causa è genetica, ovvero ci sono delle mutazioni in uno o più geni del DNA, in altri casi la causa ancora non è nota oppure è la combinazione di più fattori.

CAUSE

Le cause più comuni sono rappresentate dalle cardiomiopatie quali la cardiomiopatia ipertrofica e la cardiomiopatia aritmogena (quest'ultima causa del deces-



so del noto calciatore della Fiorentina Davide Astori). Per quanto riguarda le anomalie del sistema elettrico cardiaco, rilevabili spesso con il solo elettrocardiogramma, ricordiamo la sindrome del QT lungo, del QT corto, la sindrome di Brugada e il Wolf Parkinson White.

Relativamente alle cause infiammatorie o infettive, ricordiamo le miocarditi, chiamate frequentemente in causa durante la pandemia da Covid 19, ma che possono essere la conseguenza di numerose infezioni virali e/o batteriche. Da ultimo, tra le cause più frequenti di morte cardiaca improvvisa, soprattutto nei giovani, dobbiamo ricordare anche le anomalie di origine delle arterie coronarie. Infine è importante sapere che tutte queste patologie

cardiovascolari sono diagnosticabili con gli strumenti posseduti dal cardiologo che vanno dall'elettrocardiogramma a riposo, all'elettrocardiogramma durante sforzo, all'ecocardiogramma color doppler fino alla risonanza magnetica nucleare, quest'ultima particolarmente indicata per rilevare patologie infiammatorie cardiache (miocarditi) e anomalie di origine delle coronarie.

CONSIGLI

Fondamentale per evitare le morti cardiache improvvise è la sensibilizzazione della popolazione alla prevenzione e agli screening cardiovascolari che, a partire dai giovani indipendentemente dalla partecipazione o meno ad attività sportiva agonistica o non agonistica, debbono essere

programmati e scadenziati in base al profilo di rischio cardiovascolare che, il medico di famiglia inizialmente e il cardiologo poi, possono definire per ognuno di noi.

Concludendo e riassumendo, non tutte le morti cardiache sono infarti, quasi mai sono ineluttabili, con notevoli possibilità diagnostiche ed ampiamente evitabili attraverso adeguata sensibilizzazione, informazione e prevenzione.

***Responsabile
Riabilitazione
Cardiocircolatoria
San Raffaele
Montecompatri**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mentre l'Unicef segnala che la vita di 2 milioni di minori è a rischio per mancanza di alimenti

Dall'Oms una banca dati globale per monitorare la salute dei bambini

di EMILIANO MAGISTRI

Una banca dati. Un software gestionale globale con cui monitorare i progressi che, nel corso degli ultimi anni, i vari Paesi nel mondo hanno compiuto nella gestione della salute dei bambini. In particolare, di quei fattori da cui questa dipende. Si chiama "Child Health and Well Being Dashboard" e l'ha lanciata l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) con l'obiettivo di aiutare istituzioni politiche e sanitarie a controllare e, se possibile, agire concretamente sul tema.

Ad oggi, infatti, ogni anno muoiono circa 4,9 milioni di bambini al di sotto dei 5 anni, di cui quasi la metà entro il primo mese di vita, uno scenario che porterà 59 Paesi a non raggiungere l'Obiettivo di sviluppo sostenibile (SDG) n°3 indicato dalle Nazioni Unite. Da qui la necessità di incrementare le azioni volte a migliorare la salute e la sopravvivenza materna e infantile. L'idea di creare un vero e proprio "pannello di controllo" è nata per consentire ai singoli Paesi di individuare immediatamente quale sia la situazione più critica e studiare così gli interventi più efficaci da mettere in campo per risolverla. Diverse le tipologie di indicatori presenti all'interno: da quelli di sopravvivenza a quelli di sviluppo, passando per gli indicatori di protezione, partecipazione e quelli contestuali e politici. In base a tali valori, ogni Paese (i filtri sono facilmente selezionabili dalla parte alta della tabella) può vedere quasi in tempo reale il livello, ad esempio, dei tassi di allattamento o dei primi anni di sviluppo fisico ed emotivo di un bambino. Oppure l'eventuale esposizione alla violenza e al lavoro minorile, la ricerca delle cure, le registrazioni di nascita e la frequenza con cui viene completato il ciclo scolastico.

Sono 196 le aree del mondo i cui

dati sono raccolti in questa dashboard che, allo stesso tempo, consente anche di analizzare i fattori che influenzano la salute dei più piccoli. In particolare, l'indicatore con cui la maggior parte dei Paesi sta avendo a che fare riguarda la protezione della maternità, elemento imprescindibile per garantire la salute, sia fisica che mentale, delle donne e dei bambini durante la gravidanza e, poi, nella fase post parto. Rendere disponibili questi dati significa dare una possibilità concreta di crescita e di vita a tanti bambini, ecco perché Oms, Children in All Policies (Cap 2030) e Unicef hanno sviluppato un simile prodotto, per fornire a tutti uno strumento concreto di intervento. In virtù, anche, di un altro dato fornito proprio dall'Unicef, secondo cui sono circa 2 milioni i bambini che rischiano di morire per la mancanza di alimenti terapeutici.

Sì perché troppe volte ci si dimentica che quando si parla di salute un ruolo di primo piano lo ricopre proprio l'alimentazione. I livelli di malnutrizione acuta grave tra i piccoli al di sotto dei 5 anni sono molto alti in diverse aree del mondo, nemmeno a dirlo, caratterizzate da conflitti, shock economici ed emergenza climatica. Secondo l'Unicef, milioni di bambini rischiano di non ricevere cure salvavita a causa della mancanza di fondi per l'Alimento terapeutico pronto all'uso (Rutf): si tratta di cibi in pasta a base di burro di arachidi e biscotti dall'alto valore nutritivo arricchiti con proteine e sostanze energetiche, estremamente



preziosi per la crescita dei più piccoli. Mali, Nigeria, Niger e Ciad stanno già affrontando o stanno per affrontare l'esaurimento delle scorte di Rutf, mentre Camerun, Pakistan, Sudan, Madagascar, Sud Sudan, Kenya, Repubblica Democratica del Congo e Uganda potrebbero finirle già entro la metà del prossimo anno. E anche qui il climate change fa la sua parte. In Africa nella regione del Sahel, ad esempio, la carenza di scorte alimentari è accentuata da siccità prolungata, inondazioni e piogge irregolari che portano a cibo scarso con prezzi elevati

e altrettanto elevati livelli di deperimento. In Mali, la previsione è che il 2024 si chiuda con oltre 300mila bambini sotto i 5 anni in condizione di malnutrizione grave, mentre in Ciad la quota potrebbe raggiungere i 500mila.

Per fare fronte a questo fenomeno, attraverso l'appello "No Time to Waste 2024 Update and Call to Urgent Action", l'Unicef chiede 165 milioni di dollari per finanziare l'alimentazione terapeutica, le cure e l'assistenza ai 2 milioni di bambini a rischio di morte a causa della carenza critica di Rutf.



La corsa all'oro dell'obesità 150 miliardi di farmaci nel 2031

In Italia la spesa è tutta a carico del paziente dimenticando che, secondo l'Italian Obesity Barometer, in 20 anni il sovrappeso è cresciuto dal 2,6 al 6,6% solo nella fascia 18-34 anni

Irene Maria Scalise

La terza vita dei farmaci dimagranti. Nati per curare i malati di diabete sono diventati, grazie alla capacità di far perdere peso, un escamotage per ricconi con qualche chilo di troppo tanto che celebrità come Oprah Winfrey e Kelly Clarkson sono apparse, da un giorno all'altro, miracolosamente snelle. Ora stanno finalmente per trasformarsi in un aiuto più democratico per chiunque abbia realmente bisogno di far crollare l'ago della bilancia. Di fatto sono tra i più grandi business del momento. Gli analisti parlano di "corsa all'oro dell'obesità" e ritengono che il mercato dei farmaci agonisti del Gp-1 potrebbe raggiungere i 150 miliardi di dollari nel 2031. Per capirci si tratta di un ormone prodotto dall'intestino dopo il pasto, che stimola la produzione di insulina e inibisce quella di glucagone. In questo modo gli analoghi di Gp-1 sono in grado di ridurre la glicemia, con meno effetti collaterali rispetto agli antidiabetici tradizionali.

Il fatto che i farmaci anti obesità stiano diventando più economici, grazie alla concorrenza tra le case farmaceutiche internazionali, secondo i calcoli di Goldman Sachs, farà sì che potrebbero essere utilizzati da 70 milioni di consumatori in tutto il mondo entro il 2028, poiché diventeranno più accessibili per i portafogli di molti. Solo negli Stati Uniti, Bank of America prevede che 48 milioni di americani assumeranno semaglutide (il principio attivo di Ozempic e Wegovy) entro il 2030.

Secondo quando riferisce l'*Economist* in tre anni, da quando la Federal Drug Administration americana ne ha approvato l'uso, il loro consu-

mo è esploso. Novo Nordisk, produttore di Ozempic e Wegovy, è diventata l'azienda più preziosa d'Europa e ha riferito che le vendite di semaglutide sono cresciute del 58% nel 2023. Secondo una ricerca pubblicata sul Jama Health Forum, le prescrizioni per il farmaco sono aumentate di oltre il 400% tra gennaio 2021 e dicembre 2023. E addirittura, Novo Nordisk è arrivata a valere in Borsa più del Pil 2022 della Danimarca, pari a 338 miliardi.

Ma qual è la situazione in Italia? Spiega Roberto Vettor, professore ordinario di medicina interna e coordinatore della Rete Veneta dell'Obesità: «Per quel che riguarda il nostro Paese e così per la quasi totalità dei paesi europei, siamo di fronte a una ingiustizia sostanziale perché c'è una sorta di stigma verso l'obesità e si tende a non considerarla una patologia che porta con sé lo sviluppo del diabete di tipo 2. In sostanza se non si ha il diabete, ma si è comunque obesi, questi farmaci sono tutti a carico del paziente il che è una follia visto che il recente congresso Europeo sull'obesità ha ricordato che l'obesità è una malattia cronica recidivante legata ad un aumento di morbilità e mortalità». Precisa Vettor: «Per fare chiarezza è più corretto parlare di terapia anti obesità piuttosto che di terapia dimagrante altrimenti questi medicinali rischiano di essere usati da chiunque voglia perdere un paio di chilogrammi». L'obesità, infatti, non è solo un problema di chilogrammi ma porta con sé importanti complicanze: il diabete, le malattie cardiovascolari, come infarto, ictus e insufficienza cardiaca, che il semaglutide ha dimostrato di poter prevenire, e alcu-

ne forme di cancro. A quanto ammonta il costo dell'obesità? «È enorme proprio per queste complicanze e gli Usa lo stanno comprendendo e adesso i farmaci ad hoc sono spesso supportati dalle assicurazioni, anche la Gran Bretagna si sta allineando su questo principio. Per fare chiarezza sullo stato di salute di una persona con obesità e si sta cercando di dare forza alla sua dimensione patologica parlando di "clinical obesity", cioè di quei casi in cui non si può fare a meno di interventi farmacologici. In Italia però le cose purtroppo vanno diversamente».

Altro fenomeno da segnalare è il boom tra i giovani e giovanissimi: l'obesità in Italia - secondo il rapporto dell'Italian Obesity Barometer Summit 2024, presentato la settimana scorsa - rispetto a 20 anni fa è cresciuta dal 2,6 al 6,6 per cento nella fascia di età 18-34 e dal 6,4 al 9,8 per cento in quella 35-44. Uno studio nazionale della Michigan Medicine mostra che l'impiego di semaglutide sta aumentando rapidamente negli adolescenti e nei giovani adulti di età compresa tra 12 e 25 anni, soprattutto nelle donne. Utilizzando i dati 2020-2023 di un database nazionale che rappresenta il 92% delle farmacie, il team ha riscontrato un aumento del 594% nel numero mensile di adolescenti e giovani adulti che uti-



lizzavano semaglutide e altri agonisti. Per le donne questo aumento è stato ancora più pronunciato. Il numero di adolescenti di sesso femminile di età compresa tra 12 e 17 anni che utilizzano GIp - Ira è aumentato del 588%, rispetto al 504% degli adolescenti di sesso maschile. Mentre quello di giovani donne di età compresa tra 18 e 25 anni è aumentato del 659%, rispetto al 481% dei giovani adulti di sesso maschile. E non è solo un fatto di vanità. Le prove di discriminazione contro le persone grasse sono note. In Svezia e Messico, dove è comune includere una fotografia nel Cv, i ricercatori hanno manipolato le immagini per far sem-

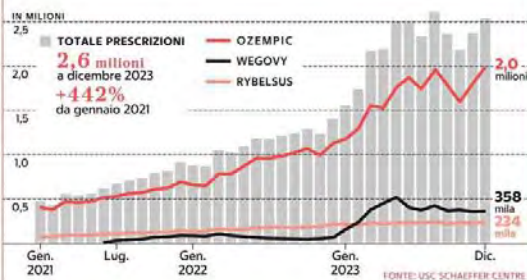
brare più grassi o obesi candidati fittizi identici. Hanno scoperto che avevano significativamente meno probabilità di ottenere colloqui. Di più. Confrontando gli stipendi di donne magre e grasse in Europa e America è stato scoperto che le donne obese guadagnano circa il 10% in meno rispetto alle loro coetanee.

L'OPINIONE
Confrontando gli stipendi di donne magre e grasse in Europa e America è stato scoperto che le obese guadagnano circa il 10% in meno rispetto alle coetanee

① Il problema dell'obesità è particolarmente diffuso tra le donne e i giovanissimi



LE PRESCRIZIONI
AUMENTO DI FARMACI PER PERDITA DI PESO E DIABETE



L'INCREMENTO DELLE VENDITE DI NOVO NORDISK

	IN MILIARDI DI CORONE DANESI	VAR. %
Fatturato	204,7 (9 MESI 2024) / 166,4 (9 MESI 2023)	23%
Ricavi operativi	91,6 (9 MESI 2024) / 75,8 (9 MESI 2023)	21%
Ricavi netti	72,7 (9 MESI 2024) / 61,7 (9 MESI 2023)	18%
Utile per azione (in corone danesi)	16,29 (9 MESI 2024) / 13,71 (9 MESI 2023)	19%



I PROTAGONISTI

INVESTIAMO IN 5 ANNI 800 MILIONI IL PHARMA CORRERÀ

di ALESSANDRA PUATO

Fulvio Renoldi Bracco, amministratore delegato di Bracco Imaging e vice presidente di Federchimica, ha una convinzione: se per la farmaceutica italiana questo è un buon momento, è perché le aziende del settore hanno cercato anche altre strade. «Grazie a tante imprese e famiglie imprenditoriali — dice — vediamo i risultati della perseveranza nella ricerca di spazi nuovi. C'è stato coraggio nell'esplorare nuove aree, il momento è favorevole per la farmaceutica e continuerà anche quest'anno».

È un concetto che si adatta ai piani di sviluppo del gruppo Bracco, che dichiara di avere in cantiere investimenti per 800 milioni da qui al 2029, dalla ricerca agli impianti produttivi, dalla Svizzera a Torviscosa. Bracco ha immesso risorse nella diversificazione e nell'innovazione di prodotto, che ultimamente ha un nome: piattaforma Ceus di microbolle, un rivoluzionario agente di contrasto per ultrasuoni. Racchiuse in un preparato liofilizzato che le genera a contatto con una soluzione salina, le microbolle amplificano infatti l'effetto dell'ecografia, tecnologia che è uno dei cardini del gruppo Bracco. Bracco Imaging le produce nello stabilimento di Plan-les-Ouates a Ginevra, il cui ampliamento con un secondo impianto, chiamato Hexagon, è stato inaugurato il 6 novembre scorso, alla presenza degli ambasciatori di Svizzera e Italia.

«Con un investimento di oltre 80 milioni triplichiamo la produzione di questo mezzo di contrasto innovativo — dice Fulvio Renoldi Bracco, nipote di Diana che è presidente e ceo del gruppo Bracco, a cui Bracco Imaging fa capo —. Ci impegniamo a diventare l'azienda di riferimento nel mondo delle microbolle Ceus, tecnologia complementare a Tac-raggi x e Pet-Spect».

Proprio per il fermento del settore, ai piccoli imprenditori della farmaceutica Fulvio Renoldi Bracco — quarta generazione, i suoi due figli Andrea e Marco ancora studiano: il primo segue un master in Interna-

tional management a Parigi, il secondo un corso di laurea magistrale in Optics and photonics a Londra — suggerisce di non scoraggiarsi, ma di «puntare sull'innovazione, come tante biotech stanno facendo», e qui l'esempio è Genenta che si è quotata al Nasdaq. Altro consiglio è «investire sui talenti, di cui l'Italia è ricca». Naturalmente serve anche una buona base finanziaria, «perché per fare ricerca con un orizzonte di lungo periodo occorrono investitori che lavorino con costanza».

Bracco è in Svizzera dal 1997, quello di Plan-les-Ouates è uno dei suoi nove impianti, con i tre in Italia a Ceriano Laghetto (Monza), Colletterto Giacosa (Ivrea) e Torviscosa (Udine) più quelli in Germania, Cina, Giappone, Usa e Canada. «Grazie anche al distretto fertile dell'asse Ginevra-Losanna, dove c'è una comunità di aziende di ricerca supportate dalle università, abbiamo sviluppato la nostra piattaforma di tecnologia con microbolle che è una delle più avanzate al mondo — dice Renoldi Bracco —. L'ecografia è una delle pratiche diagnostiche più diffuse».

Quando l'ecografia è considerata «inconclusiva», cioè insufficiente per una diagnosi accurata, il mezzo di contrasto con le microbolle aiuta a superare il problema. «Oggi sono il primo strumento con cui si può fare un approfondimento in ecocardio, con ecodoppler e per indagini del tratto urogenitale — dice l'imprenditore —. Stiamo anche sviluppando microbolle per riconoscere i tessuti dove è in atto un processo di angiogenesi, la produzione di nuovi vasi sanguigni associata a formazioni tumorali e infiammazioni croniche».



I mercati

Dopo gli Usa e l'Europa, è la Cina è il terzo mercato per Bracco, che controlla al 70% la joint venture Bracco Sine con Shanghai Pharma. Dalla Svizzera, lo stabilimento cinese riceve i flaconi di preparato liofilizzato che, attivato con la soluzione salina, produrrà le microbolle. Con Bracco Sine il gruppo lombardo prevede di avviare una nuova linea di flaconi sterili nel 2026 e proprio la Cina resta una delle leve dell'espansione del gruppo lombardo: «È importante esserci». Vale circa il 15% dei ricavi di Bracco spa (che nel 2023 sono stati di 1,812 miliardi (+1,7% in un anno), con un margine operativo lordo di 273 milioni e una quota estero dell'88%.

L'obiettivo di quest'anno è sfiorare i due miliardi di ricavi (1,980 miliardi) con una crescita intorno al 9%. «Sul fatturato del 2023 la tecnologia delle microbolle incide circa il 6% — dice il ceo di Bracco Imaging —, vorremmo portarla al 10% entro cinque anni». È dello scorso anno anche l'amplia-

mento e il rinnovamento del quartier generale di Bracco, a Lambrate, nel Milanese, con laboratori e open space «pensati in una logica di sostenibilità e vivibilità, di cui siamo molto contenti», dice Fulvio Renoldi Bracco. Vi lavorano quasi 400 persone sui 3 mila 800 dipendenti totali del gruppo che nel mondo ha 11 centri d'innovazione, dei quali tre con laboratori di ricerca e sviluppo: oltre a Ginevra, anche Collettero Giacosa (Torino), in Italia e Eden Prairie (Minnesota) negli Usa.

Altro passo dello scorso anno è l'avvio di Bracco Japan, per spingere la produzione verso il Giappone, altro mercato in crescita: «Abbiamo risultati incoraggianti — dice Fulvio Renoldi Bracco —. Per ora distribuiamo tre prodotti, ma intendiamo portare qui tutto il portafoglio. A lungo termine è una grande opportunità».

Oltre che sulla diagnostica per immagini, il gruppo Bracco — che fra l'altro controlla il Centro diagnostico italiano, Cdi — ha investito sulla medicina nucleare, attraverso un'acquisizione del 2019 che le sta

consentendo di allargare l'offerta del suo portafoglio prodotti. Il modello però ora è quello delle alleanze, in particolare con le imprese che producono macchine per le terapie. «Sulle microbolle abbiamo avviato partnership con la canadese Arrayus e la taiwanese NaviFus — dice il ceo di Bracco Imaging —. Ne stiamo valutando un'altra con una società di Losanna».

Quanto all'efficienza del sistema sanitario italiano, Fulvio Renoldi Bracco è chiaro: «Se vogliamo ridurre le liste d'attesa bisogna riorganizzare l'accesso alla sanità, anche con collaborazioni pubblico-privato che possono portare vantaggio ai pazienti. Ma va anche aumentato il fondo sanitario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Se vogliamo ridurre le liste d'attesa bisogna riorganizzare l'accesso alla sanità, ma va anche aumentata la capienza del fondo



Tanto mette sul piatto entro il 2029 il gruppo che triplica in Svizzera la produzione con un innovativo agente di contrasto per le ecografie

«È un momento positivo per il settore, ai piccoli servono innovazione, coraggio e talenti»

Fulvio Renoldi Bracco
 Ceo di Bracco Imaging
 e vicepresidente di Federchimica

FULVIO RENOLDI BRACCO



1927

L'inizio
 Elio Bracco costituisce una società che vende farmaci

1949

Il salto
 Fulvio Bracco apre lo stabilimento a Lambrate

2024

Più Svizzera
 Diana Bracco e il nipote Fulvio investono a Ginevra

CLIENTE MARCHIO / MAGAZZINONOVITA



8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S 24

XXVI Congresso Aiom/ Oncologia, la mancata prevenzione falcia 200 vite al giorno. Cure: gap di 1.300 letti in 10 anni e 'out of pocket' da 1.800 euro l'anno a paziente

Nel nostro Paese oltre il 45% delle morti per tumore è attribuibile a fattori di rischio modificabili, sia comportamentali, cioè stili di vita scorretti, che ambientali. Si tratta di circa 80.000 dei 180.000 decessi annuali stimati per cancro, pari a più di 200 morti al giorno. Ma l'Italia investe ancora troppo poco in prevenzione, solo il 6,8% della spesa sanitaria totale (pari a 7,19 miliardi di euro nel 2021), una cifra inferiore alla media (7,1%) dei Paesi dell'Unione Europea più il Regno Unito (EU27+UK). In particolare, l'Italia (con il 6,8%) è ottava dopo Regno Unito (12,5%), Austria (10,3%), Paesi Bassi (9,6%), Danimarca (8,9%), Estonia (8,3%), Repubblica Ceca (8,1%) e Ungheria (7,6%). «È importante che l'Italia recuperi quanto prima questo gap negativo, per continuare a garantire la qualità delle cure e la sostenibilità del servizio sanitario – ha spiegato Francesco Perrone, Presidente Aiom, Associazione italiana di Oncologia medica, in apertura del XXVI Congresso nazionale della società scientifica a Roma -. L'oncologia italiana chiede più risorse alle Istituzioni anche per rispondere alla domanda di assistenza, che è in continua crescita. In Italia, si stima che ogni giorno vi siano circa 1.000 nuove diagnosi di cancro e che questo numero tenda ad aumentare di anno in anno di circa l'1%. A questo si aggiunge la capacità sempre più diffusa di rendere cronica la malattia, grazie al progresso terapeutico. Gli investimenti, finora, non sono stati proporzionati all'aumento di richiesta di cure. Domanda e offerta di assistenza oncologica vanno a velocità diverse. Serve un cambio di passo, con lo stanziamento di fondi per creare più spazi e assumere personale. In 10 anni, sono stati tagliati 1.103 posti letto pubblici in Oncologia medica: nel 2012 erano 5.262, ridotti a 4.159 nel 2022. La capacità del servizio sanitario pubblico di abbattere le liste di attesa, enorme problema alla base anche di una quota di migrazione sanitaria, dipende dalla ottimizzazione dei sistemi di prenotazione e dalla disponibilità di spazi e personale. Oltre a posti letti e strutture più moderne, mancano medici e infermieri, con differenze troppo ampie tra le Regioni. La scarsità di specialisti è diventata una vera emergenza e sta interessando anche la nostra area medica. Cominciano, infatti, a rimanere vacanti i posti nelle scuole di specializzazione di oncologia.

«Il rischio concreto – continua Perrone - è che aumentino le spese a carico dei pazienti oncologici, con un numero sempre maggiore di cittadini che devono affrontare non solo il cancro, ma anche la cosiddetta tossicità finanziaria, cioè le perdite economiche causate dalla malattia. I costi del cancro in Italia sono pari a circa 20 miliardi ogni anno, di questi



almeno 5 sono sostenuti direttamente dai pazienti. Uno studio, pubblicato su 'The European Journal of Health Economics', ha posto l'accento sui costi 'out of pocket', cioè pagati di tasca propria dai pazienti oncologici e dai loro familiari, che ammontano a oltre 1.800 euro annui per paziente in Italia. Tra le voci più significative vi sono i trasporti (359,34 euro in media), che richiamano il problema del pendolarismo sanitario, gli esami diagnostici (259,82 euro) e le visite specialistiche (126,12 euro), servizi che il Ssn, ancora alle prese con il problema delle liste d'attesa, non riesce ad assicurare a tutti in tempi adeguati».

«In contesti organizzativi spesso complessi – afferma Massimo Di Maio, Presidente eletto Aiom – va evidenziata la capacità di resilienza dell'oncologia italiana, che riesce a svolgere un eccellente lavoro sia in termini di assistenza che di ricerca, come dimostrano le collaborazioni strutturate con società scientifiche internazionali, come quella americana Asco ed europea Esmo. Aiom ha svolto un ruolo di primo piano nella definizione delle Linee Guida Esmo sui Pro, i 'patient-reported outcomes', cioè l'insieme dei sintomi che misurano la qualità di vita dei pazienti durante un trattamento, per valutarne l'impatto. Non sostituiscono le informazioni del medico, ma sono molto importanti perché aggiungono i dati riferiti direttamente dai pazienti, senza alcun filtro, ampliando le conoscenze sul valore della terapia. I Pro possono favorire il 'patient empowerment', perché consentono al paziente di esprimersi in autonomia, facendo emergere anche effetti collaterali caratterizzati da una forte componente soggettiva. Inoltre – continua Massimo Di Maio – in un sistema assistenziale come quello italiano caratterizzato da un forte squilibrio fra le forze in campo e la domanda di assistenza, i Pro possono diventare uno strumento di 'doctor empowerment' perché, se riusciamo a utilizzarli in maniera sistematica, miglioreremo la qualità del nostro lavoro, grazie a una più attenta valutazione dei bisogni dei pazienti, ad esempio ricorrendo a interventi di supporto che, in un'ottica di cure simultanee, si affiancano alle terapie specifiche contro il cancro. Ad oggi, però, pochi ospedali adottano misure di monitoraggio sistematico dei sintomi da parte dei pazienti. È importante investire nel monitoraggio dei Pro, che non si traduce in un aumento dei carichi di lavoro, ma migliora la gestione dei pazienti».

«È necessario agire anche su altri strumenti, che possano migliorare la qualità di vita delle persone colpite dal cancro – afferma Saverio Cinieri, Presidente di Fondazione Aiom -. Le criticità riguardano in particolare l'assistenza psiconcologica, perché ancora troppo pochi centri hanno uno psicologo dedicato all'oncologia, e l'assistenza domiciliare oncologica, disponibile soltanto nel 69% delle strutture. Questi problemi possono essere affrontati con la reale istituzione delle Reti oncologiche regionali, attive solo in alcune Regioni, che consentirà di migliorare i livelli di appropriatezza e di risparmiare risorse, da utilizzare anche per velocizzare l'accesso ai farmaci innovativi. I pazienti oncologici del nostro Paese devono aspettare ancora quasi 14 mesi per accedere ai trattamenti anticancro innovativi, rispetto, ad esempio, ai 3 mesi della Germania».

«Sul fronte dell'appropriatezza – sottolinea Angela Toss, coordinatrice Working Group Aiom Giovani – mettiamo in campo molti strumenti: dal Libro Bianco dell'Oncologia Italiana, alle Linee Guida per garantire percorsi diagnostici e terapeutici uniformi su tutto il territorio, ai controlli di qualità nazionali per i test bio-molecolari, alle Raccomandazioni sull'uso della vaccinazione anti influenzale, anti pneumococcica e anti Sars-CoV-2 nei pazienti con neoplasia solida, fino al volume sui 'Numeri del cancro in Italia'. Aiom ha anche intrapreso un percorso di particolare attenzione a gruppi di pazienti che, per vari motivi, affrontano difficoltà nell'accesso alle cure oncologiche. È il caso delle persone transgender, degli immigrati, dei detenuti e delle popolazioni che vivono in zone di guerra. Gli under 40 rappresentano più della metà di tutti i soci Aiom e sono particolarmente sensibili anche agli aspetti etici e sociali della professione».

«L'oncologia è una parte essenziale del Servizio sanitario sia per il carico assistenziale che per l'incessante progresso terapeutico – conclude il Presidente Aiom Perrone -. La nostra società scientifica ha una missione etica e civile, che va oltre la pratica clinica quotidiana. Dobbiamo compiere tutti gli sforzi possibili per migliorare l'efficienza del sistema, perché le ricadute sono immediate anche sull'oncologia. E il confronto con le istituzioni è indispensabile».

8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Tumore al seno, speranze da un nuovo farmaco in grado di bloccare le metastasi in un modello animale

Molte donne operate di cancro al seno vanno incontro ad una progressione metastatica della malattia che può presentarsi anche molti anni dopo la diagnosi.

Individuare nuove terapie per il cancro metastatico della mammella, che solo in Italia riguarda circa 37.000 persone, è quindi un obiettivo importante per soddisfare un'esigenza clinica ancora irrisolta. E' su questo che punta la ricerca e progressi importanti arrivano da uno studio appena pubblicato sulla rivista Journal of Experimental & Clinical cancer Research e condotto da un gruppo di ricerca del Dipartimento di Oncologia e Medicina Molecolare dell'Istituto Superiore di Sanità, guidato da Ann Zeuner, in collaborazione con le Università di Siena e di Bologna e l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano.

Lo studio, realizzato grazie ai finanziamenti della Fondazione Airc per la Ricerca sul Cancro, documenta l'efficacia di un nuovo farmaco sperimentale nell'inibire le metastasi di cancro al seno in topi geneticamente modificati.

“Il nostro team ha creato una nuova formulazione di un farmaco, la fenretinide, che in passato aveva mostrato una scarsa efficacia per problemi di scarso assorbimento - rileva **Ann Zeuner**, coordinatrice dello studio insieme a **Marta Baiocchi** -. Il nuovo farmaco, chiamato Bionanofenretinide - aggiunge - consiste in nanoparticelle che vengono efficacemente assorbite, riuscendo ad ottenere un effetto antitumorale particolarmente evidente nelle metastasi di tumore alla mammella del topo, in assenza di effetti collaterali. Questi risultati così promettenti ci fanno sperare che il farmaco possa in futuro essere adoperato nella terapia del cancro al seno, in particolare per prevenire la formazione di metastasi e rallentare quelle già formate”.

Individuare nuove terapie per il cancro metastatico della mammella è uno degli obiettivi della campagna Nastro Rosa di Airc. La Fondazione, grazie alle donazioni e al lavoro dei volontari, nel 2024 ha sostenuto con oltre 14 milioni di euro la ricerca sul tumore al seno attraverso il finanziamento di borse di studio e progetti.

“Parallelamente alla ricerca di nuove terapie, è molto importante per le donne che hanno avuto un tumore al seno sottoporsi ai controlli periodici e attuare dei cambiamenti nello stile di vita - conclude Zeuner -. Alimentazione sana, attività fisica regolare e riduzione dello stress migliorano la qualità della vita e riducono il rischio che la malattia si possa ripresentare in futuro”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

8 NOV
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S
24

AstraZeneca: Aifa autorizza la rimborsabilità di ravulizumab per la miastenia gravis

L'Agenzia italiana del farmaco ha autorizzato la rimborsabilità di ravulizumab, un inibitore del complemento C5 a lunga durata d'azione che potrà essere utilizzato come terapia aggiuntiva a quella standard per il trattamento di pazienti adulti con miastenia gravis. Ad annunciarlo è AstraZeneca insieme ad Alexion e AstraZeneca Rare Disease. "Siamo orgogliosi di mettere a disposizione dei pazienti italiani - ha affermato Anna Chiara Rossi, VP & General Manager Italy, Alexion, AstraZeneca Rare Disease - un trattamento per la miastenia gravis generalizzata che dimostra di essere efficace e di poter semplificare la gestione della patologia, contribuendo a cambiare in meglio la vita delle persone che ne sono affette e delle loro famiglie". Caratterizzata da una debilitante debolezza muscolare che varia moltissimo anche durante una stessa giornata, la miastenia gravis è una malattia neuromuscolare autoimmune rara e cronica che colpisce soprattutto testa, collo e arti. In Italia si contano 17mila pazienti, 89mila nell'Unione europea.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL RACCONTO

Una giornata
in Italia

Nella casa delle cinquecento vite risvegliate dopo il coma

«L'amore è energia curante, qui nessuno chiede di morire»

dalla nostra inviata a Bologna
Amelia Esposito

Il più giovane ha 19 anni e si chiama Fabio. Prima, studiava all'istituto tecnico Aldini Valeriani di Bologna. Prima, suonava la chitarra nella basilica di San Pietro, suonava anche il piano. Poi, l'incidente: un'auto lo ha investito mentre tornava a casa. Poi, il buio. Poi, il sonno profondo in cui è precipitato e dal quale è uscito poco tempo fa. Il giorno del suo compleanno i compagni di classe sono saliti in cima al cucuzzolo e gli hanno fatto una festa in giardino. Lui, con un dito, con un dito solo, ha suonato qualche nota su una pianola. Fino a qualche mese fa, sarebbe stato impensabile. Eppure, è accaduto. Qui, accade. Su questa collina a est di Bologna c'è un posto dove le persone vengono riportate alla vita. Dove chi ha dormito a lungo, si risveglia.

Oggi, nella «Casa dei risvegli Luca De Nigris» ci sono dieci

pazienti. Tutti usciti o in uscita dal coma. Fondata nel 2004, la Casa è dedicata a Luca, 16enne morto dopo 8 mesi di coma, il figlio di Fulvio, l'uomo che ha inventato questo luogo speciale.

A renderlo ancora più speciale c'è un artista che ha scelto di preoccuparsi e occuparsi dei figli degli altri: Alessandro Bergonzoni. Testa, anima e cuore della Casa insieme a De Nigris. Testa e non testimonial, ché nel suo caso sarebbe riduttivo. Sarà Bergonzoni — attore, drammaturgo, comico, paroliere bolognese — a guidarci nella Casa, mostrandoci i suoi spazi e raccontandoci quanta vita c'è qua dentro. Vita, sì. Nonostante le apparenze. Nonostante alla parola coma sia sempre accostata la parola morte.

Libertà

Prima, però, due premesse. Importantissime.

La prima: «Ciascuno, nella

propria libertà, deve poter decidere se vivere o morire. Io sono a favore del testamento biologico. Quindi, nessuno usa strumentalmente la Casa dei risvegli. Nessuno ci tiri per la giacchetta. Noi siamo fuori da questi giochi», avverte Bergonzoni.

La seconda: «Io credo nello choc pre traumatico, prima che il trauma accada. Il mio dovere di artista, qui, è fare un'opera prima, dove opera è un verbo: opera prima! Agisci prima, occupatene prima. Che non significa prevenzione, giustissima ovviamente. È un te-



ma di anima e mente. Significa escludere il "io non farò mai", "a me non capiterà mai". Il senso di questo posto: «Ci sono persone che pur stando nel silenzio ci dicono che amano vivere, che sono in una condizione di felicità. Ho incontrato persone che hanno la Sla e mi hanno detto: è meraviglioso farsi lavare, farsi accudire. Io voglio provare a raccontare queste esistenze. Vorrei si parlasse non solo di chi chiede, legittimamente, di morire, ma anche di chi chiede di vivere. Di chi dice: "Noi ce la facciamo". Quindi: "Ci aiutate a farcela?"».

Tutto quello che serve

Mentre Bergonzoni ci travolge con le sue parole, percorriamo i corridoi della Casa. Entriamo nell'area dove si trovano le residenze: dieci monolocali adatti per ospitare il paziente e un suo familiare. C'è tutto ciò che occorre: letto attrezzato, divano letto, angolo cottura e bagno senza barriere, tv, tavolo e, soprattutto, una grande vetrata che dà sul verde. Sul piccolo giardino di pertinenza di ogni residenza. Ciascuna ha un nome. Visitiamo quella che si chiama «Penso».

È ora di pranzo. Un padre anziano imbecca suo figlio. Lo salutiamo e ci scusiamo per l'intrusione. Lui ci sorride e torna a compiere il suo gesto di cura. «L'amore dei parenti è energia curante — osserva Bergonzoni —, le parole sussurrate o cantate, il tocco, lo sfiorare un braccio sono cura vera. L'immedesimazione lo è. Che è

più dell'empatia, più della solidarietà. La scienza sta dimostrando che in tutto questo c'è anche un fondamento clinico. Non è solo umanità. Questa è l'emanità: emanare amore per curare».

E nella Casa non si curano solo i pazienti, ma anche le loro famiglie. Lo spiega bene De Nigris: «Qui i familiari stanno bene, come se fossero a casa loro. Arrivano da tutta Italia, fanno amicizia. E allora capita che a Natale il profumo del bollito si confonda con quello della pasta al forno. La permanenza va dai sei mesi a un anno. Ma le persone non vogliono più andare via. Il problema è il dopo di noi. Specie per chi viene dal Sud e, purtroppo, ha meno supporto».

Chi arriva nella Casa sulla collina è in fase post acuta, cioè di risveglio o ancora in stato vegetativo, ma comunque stabilizzato. In altre parole, non rischia più la vita. L'età va dai 14 anni in su. L'80% di chi viene dimesso ritorna a casa con disabilità più o meno gravi con le quali dovrà convivere forse per sempre; il restante 20% viene trasferito in strutture di lunga assistenza.

Ci spostiamo nell'area dedicata alle attività. C'è la palestra per la riabilitazione e ci sono diverse sale, ciascuna ha un nome scelto, neanche a dirlo, da Bergonzoni. «Ecco la stanza per il teatro — ci guida —, si chiama "durante". Come "mentre". Come "cosa fai nel mentre?". C'è la sala "do", come "do una mano", "do me stesso", ma anche "do di matto". La sala "sogno", come "cosa sogno mentre non sono cosciente?"».

Parole e pace

Le parole. Che si muovono, si spostano e cambiano di significato. Su un palcoscenico come in ogni luogo. Bergonzoni, professionista delle parole, crede nell'efficacia di questo «gioco». Crede che un «ahimè!» possa diventare «hai me». Dalla sofferenza alla solidarietà. Sa che la parola «disabile» ne contiene un'altra, «abile», e che il passo da «disabile» a «formidabile» è brevissimo. Ma, al contempo, detesta la retorica dell'eroismo. Quella che tanto va di moda, specie quando si parla di malattie gravi o di disabilità. «Basta con "il male si può sconfig-

gere", "siamo combattenti" — si infervora —. E le persone che non ce la fanno a combattere? Quelle che non hanno vinto? Che non sono simpatiche, telegeniche o brillanti? Le persone brutte o sgradevoli da guardare? I nostri non sono eroi e neppure persone con la P maiuscola, come qualcuno della disabilità dice. Sono persone».

De Nigris ci mostra i tanti riconoscimenti ricevuti negli anni: i mattoncini con le firme di personaggi famosi come Luciano Pavarotti, la bottiglia con i messaggi di scrittori come Alessandro Baricco, la medaglia e le targhe del presidente della Repubblica Sergio Mattarella: l'ultima consegnata pochi giorni fa, il 7 ottobre, in occasione dei 20 anni della struttura. Poi il giardino comune, con le panchine, gli alberi, le ortensie, il silenzio. La pace.

La storia

Il sodalizio tra Fulvio e Alessandro nasce nel '99. «Ci troviamo fuori dal cinema Galliera, a Bologna — racconta Fulvio —, ci mettemmo a chiacchierare e ci dicemmo: perché non proviamo a fare qualcosa per comunicare il coma?». La storia della Casa dei risvegli, però, inizia due anni prima. Con un evento doloroso. Il coma di Luca.

«Mio figlio frequentava il liceo classico, amava il cinema e i fumetti, aveva molti amici. Facevamo tante cose insieme, giravamo anche dei piccoli "corti" — ricorda con tenerezza —. Luca era idrocefalo dalla nascita e questo gli aveva provocato

una scoliosi per la quale portava il busto sin da piccolo. Aveva 15 anni quando con la mia ex moglie decidemmo di operarlo a Lione. Ma prima si sottopose a un intervento di routine a Bologna, che purtroppo finì male. Così andò in coma. Noi genitori ci trovammo davanti a questa parola enorme e quasi sconosciuta. Nessuno ci voleva dare una speranza, volevano mandarlo in una Rsa. Poi ci dissero di una clinica a Innsbruck per la riabilitazione delle persone in coma. Costosissima». «Così fondammo il comitato "Gli amici di Luca", grazie al quale raccogliemmo ben 140 milioni di vecchie lire — prosegue —. A Innsbruck Luca si risvegliò e, nel frattempo, la Regione, visto il clamore provocato dalla vicenda, ci riconobbe l'80 per cento delle spese. Quando, la mattina dell'8 gennaio 1998, Luca non si svegliò, ci ritrovammo, oltre che con un immenso dolore, con 100 milioni di lire. "Adesso cosa ne facciamo?"».

Ne fecero la Casa dei risvegli «Luca De Nigris». La prima pietra nel 2004 dove un tempo c'era una camera mortuaria. Un luogo di vita al posto di un luogo di morte. Da allora, quassù, si sono risvegliate più di 500 persone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

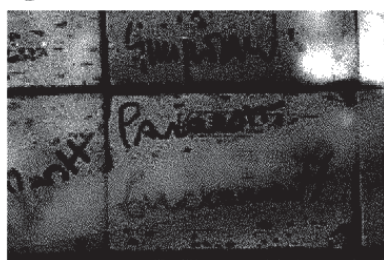
Che cos'è

● La Casa dei risvegli Luca De Nigris di Bologna è un centro per persone uscite o in uscita dal coma

● Fondata nel 2004 da Fulvio De Nigris (papà di un 16enne morto dopo 8 mesi di coma), ospita dieci residenze per altrettanti pazienti

● Il tempo di permanenza nella Casa per ciascun paziente va dai 6 ai 12 mesi

Il muro dei sostenitori



LA FIRMA DI PAVAROTTI

I mattoncini firmati dai «vip» che sostengono l'attività della Casa dei risvegli Luca De Nigris di Bologna e che formano il «muro dei sostenitori». Tra le firme si riconosce quella di Luciano Pavarotti. All'ingresso della struttura c'è anche una targa del presidente Sergio Mattarella.



SANITÀ SOTTO ESAME

I migliori e i peggiori ospedali del Lazio

Ecco i voti del ministero

*San Giovanni e San Filippo Neri in vetta tra i pubblici
Il Gemelli resta al top. Malissimo Tivoli e Sora
Intanto la Regione dà il via al maxi appalto del Recup*

••• Il ministero della Sanità mette «sotto esame» gli ospedali italiani. La classifica regionale vede ai primi posti, tra le migliori strutture pubbliche, il San Giovanni Addolorata e il San Filippo Neri, mentre i nosocomi di Tivoli e di Sora conquistano l'altro podio, quello dei peggiori. Intanto la Regione ha avviato il nuovo maxibando per la gestione del Recup, un affare da 120 milioni di euro. E tra gli «impegni» e compiti del nuovo operatore ci sarà anche il monitoraggio delle

snervanti attese a cui sono costrette i cittadini al telefono prima che un operatore si degni di rispondere. Basti pensare che in più di una telefonata su cinque si è costretti a sorbirsi la musichetta per almeno 4 minuti.

Sbraga a pagina 19

I NODI DELLA SANITÀ

Voti assegnati dal ministero per otto «aree cliniche». Nessuna struttura tra le «top» d'Italia

La classifica degli ospedali del Lazio

■ ■ GIUDIZIO

FLOP		MOLTO BASSO		BASSO	
1	TIVOLI	3	(Respiratorio, Chirurgia generale e Oncologica)	2	(Gravidanza e Parto, Cardiocircolatorio)
2	SORA	3	(Nefrologia, Nervoso e Osteomuscolare)	2	(Gravidanza e Parto, Respiratorio)
3	ALATRI	3	(Osteomuscolare, Chirurgia generale e Oncologica)	-	
4	CASSINO	3	(Osteomuscolare, Chirurgia oncologica e Parto)	1	(Respiratorio)
5	TERRACINA	2	(Chirurgia generale e Oncologica, Cardiocircolatorio)	-	
TOP		MOLTO ALTO		ALTO	
1	POLIC. GEMELLI	3	(Osteomuscolare, Chirurgia generale e Nefrologia)	3	(Chirurgia oncologica, Parto e Cardiocircolatorio)
2	SAN GIOVANNI	3	(Cardiocircolatorio, Chirurgia gen. e Osteomuscolare)	2	(Gravidanza e Parto e Nervoso)
3	SAN FILIPPO NERI	3	(Nervoso, Chirurgia generale e Nefrologia)	2	(Osteomuscolare e Chirurgia oncologica)
4	CAMPUS BIOMEDICO	3	(Osteomuscolare, Chirurgia generale e Nervoso)	2	(Respiratorio e Chirurgia oncologica)
5	POLICLINICO TOR VERGATA	2	(Osteomuscolare e Chirurgia generale)	4	(Nervoso, Chirurgia onc., Respiratorio, Cardiocircol.)

WITHUB



I migliori e i peggiori Ecco la classifica degli ospedali laziali

Il primo tra quelli pubblici è il San Giovanni Addolorata

ANTONIO SBRAGA

••• Il top delle eccellenze solo a Roma, mentre i flop da "codice rosso" sono tutti nelle province del Lazio. Questo il referto sullo stato di salute degli ospedali laziali, che sono stati tutti esclusi dalla "nazionale" dei migliori 11 d'Italia (che sono 4 in Lombardia e uno ciascuno in Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Abruzzo, Emilia-Romagna e Sicilia) secondo le analisi delle prestazioni rese lo scorso anno dai nosocomi. Però, nel check-up stilato dal Ministero della Salute sulle performance effettuate nelle principali 8 aree cliniche (cardiocircolatorio, nervoso, respiratorio, chirurgia generale, chirurgia oncologica, nefrologia, gravidanza e parto, osteomuscolare), molte delle più alte promozioni (110 giudizi su 232) sono state assegnate alle strutture della capitale. Mentre la prevalenza delle insufficienze (66) si contano nell'hinterland insieme ai giudizi medi (60). Nella top-5 degli ospedali, infatti, ne figurano 3 pubblici e 2 privati-accreditati di Roma: il policlinico Gemelli, che presenta un doppio tris di giudizi «molto alti» (nelle aree Osteomuscolare, Chirurgia generale e Nefrologia) e «alti», seguito poi dal San Giovanni (con 3 molto alti e 2 alti al pari di San Filippo Neri e

Campus Biomedico) e Tor Vergata (2 voti molto alti e 4 alti).

Nella classifica delle peggiori prestazioni, invece, sventano tris di bocciature per i voti «molto bassi» di Tivoli e Sora (che hanno anche 2 voti bassi, ma l'ospedale ciociaro ha anche un giudizio «molto alto» per la chirurgia generale), seguiti da Cassino (che ha anche un voto basso, ma presenta pure 2 giudizi «molto alti» per il Cardiocircolatorio e Chirurgia generale), Alatri e Terracina. Però anche alcuni ospedali capitolini presentano gravi insufficienze: ha rimediato 2 voti «molto bassi» il Bambino Gesù (per la chirurgia generale e oncologica, come in provincia, a Subiaco). Una bocciatura ciascuna per il Sant'Eugenio (per l'apparato respiratorio, al pari del Fatebenefratelli, del Grassi di Ostia e del Vannini), per il policlinico Casilino (per la chirurgia generale, come a Velletri, Bracciano e Colleferro) e al Cristo Re. Un voto basso pure per San Camillo (parto) e per San Giovanni, Sant'Andrea e Casilino (respiratorio).

Mentre l'ospedale più grande di Roma e d'Italia, il policlinico Umberto I, non ha fatto regi-

strare nessun voto «molto alto», però ne ha 5 alti (come il San Camillo, che ha anche un giudizio

«molto alto» per la Chirurgia generale).

Questa sanità a 2 velocità nel Lazio si riscontra anche nella tempestività degli interventi entro le 72 ore nei casi di fratture del femore, che è uno dei parametri più importanti analizzati dal Ministero.

La maglia nera va infatti a 3 ospedali dell'Asl Frosinone (Sora, Cassino e Alatri) mentre il San Giovanni «si classifica come prima struttura del Lazio, e sesta in Italia - per volumi trattati - con una percentuale del 77,5% (ben al di sopra dello standard nazionale pari al 56%)», sottolinea l'azienda ospedaliera romana. A Latina, invece, altra maglia nera per la «Mortalità a 30 giorni per ictus ischemico».

Mentre un'eccellenza nazionale è rivendicata dal Sant'Andrea: «la prima struttura in Italia per il trattamento chirurgico delle neoplasie polmonari», esulta l'ospedale di via di Grottarossa.



IL RECUP «IMPOSSIBILE»

Monitoraggio della Regione: «Per più di una chiamata su 5 l'operatore risponde dopo oltre 4 minuti»

Via al nuovo maxibando, tra i compiti abbattere anche le attese al telefono

••• Piange il telefono al centralino del Recup: più di una chiamata su 5 fatta al centro unico delle prenotazioni del Lazio ha fatto registrare un «tempo di attesa medio di oltre 4 minuti».

Tanto hanno aspettato un milione e 483 mila telefonate su un totale di 6 milioni e 843 mila, pari al 21%. Un altro 20% ha atteso tra i 2 e i 3 minuti, il 18% tra i 61 secondi e i 2 minuti, il 14% fra i 3 e i 4 minuti mentre per il restante 26% la musicchetta del disco ha lasciato spazio alla voce dell'operatore entro 60 secondi. Questi i «tempi di attesa medi» dei 21 mesi analizzati dalla Regione, che vanno da un minimo di 122 secondi registrati nel luglio 2023 al massimo dei 223 se-

condi del dicembre 2022. Con il paziente messo in stand-by prima dell'altra lista d'attesa, quella per fissare gli agognati appuntamenti per visite ed esami.

Ora la Regione ha avviato la nuova gara d'appalto per l'assegnazione del «servizio di call center Recup per le aziende sanitarie e ospedaliere» per la durata di 36 mesi e un importo totale di 120 milioni e mezzo.

Oltre alle prenotazioni telefoniche l'appaltatore che s'aggiudicherà il servizio dovrà effettuare anche il «monitoraggio dell'intero processo di domanda e di offerta delle prestazioni sanitarie a livello regionale con particolare attenzione - scrive la Regione - alla esatta misurazione

ne delle liste di attesa e delle inefficienze del sistema».

Quelle delle agende vedono i tempi d'attesa rispettati in meno di un caso su 2: nell'ultima settimana solo il 47,7% delle 478.564 prenotazioni ambulatoriali fatte in tutto il Lazio.

La maglia nera va all'Asl Roma 3, dove solo un appuntamento su 3 (il 33%) rispetta i tempi richiesti nelle impegnative dai medici di famiglia. Nel report dell'Asl si arriva a «353 giorni medi di attesa» per una esofagogastroduodenoscopia con priorità differibile (che sarebbe da fare entro 60 giorni), stessa cosa per una colonscopia, con 299 giorni medi d'attesa. Mentre nell'Asl Roma 6 ci sono picchi di «406 giorni

medi d'attesa» per un'ecografia della tiroide programmabile.

ANT. SBR.

Call center
Nei 21 mesi
monitorati
agli operatori
sono arrivate
sei milioni
e 843 mila
telefonate



8 NOV 2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S 24

Dal passato al futuro, la ginecologia e ostetricia del Policlinico Gemelli nel docufilm 'Le Radici del Domani'

“Quando ho iniziato il mio percorso per diventare ginecologo oncologo non avrei mai pensato di poter dire a una donna in età fertile con un tumore che dopo la guarigione avrebbe potuto avere un bambino, o che l'intelligenza artificiale potesse essere di aiuto a fornire modelli predittivi di risposte alle cure. Eppure, oggi è così!” Con queste parole il professor Giovanni Scambia,

direttore UOC Ginecologia oncologica del Policlinico Gemelli, professore ordinario di Ginecologia e ostetricia presso la Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica, ha riassunto “Le radici del domani”, il docufilm che racconta i 60 anni di storia della Ginecologia e Ostetricia dell'Università Cattolica a Roma e del Policlinico A. Gemelli e l'evoluzione della sua disciplina.

Il docufilm presentato oggi, giovedì 7 novembre, presso la Sala Medicinema al Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, e prodotto da Telomero Produzioni, nasce da un'idea del professore Giovanni Scambia; Executive Producer la giornalista Annalisa Manduca.

Alla proiezione nella sala, dove si sono riuniti medici, specializzandi, operatori sanitari di Università Cattolica e Policlinico Gemelli, ha assistito, ospite di riguardo, Salvatore Mancuso, professore emerito di Clinica Ostetrica e Ginecologica all'Università Cattolica, uno dei fondatori della ginecologia e ostetricia del Policlinico Gemelli. Presenti all'anteprima due applauditi artisti italiani, Isabella Ferrari e Giuseppe Fiorello, che con generosità hanno offerto i loro volti e le loro voci per interpretare e raccontare le storie di pazienti e medici di fronte alla malattia.

In occasione dei 60 anni del Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS il docufilm 'Le radici del domani' ripercorre la nascita della Ginecologia e Ostetricia del Policlinico Gemelli, dai primi passi, alla crescita della scuola, fino all'attuale modello integrato che ha portato la Ginecologia del Gemelli ai primi posti nelle classifiche mondiali.

“Il Policlinico Gemelli rappresenta la terza missione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore - ha detto il professor Antonio Gasbarrini, preside della Facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica, introducendo la presentazione -. Questo docufilm dimostra che dobbiamo essere grati a chi ci ha preceduto e avere l'aspirazione di fare di più e meglio”.

“Gli straordinari cambiamenti della medicina e della ginecologia in questo caso specifico vanno trasmessi alle nuove generazioni - ha commentato il professor Scambia -; non possiamo fare passi avanti nel futuro se non conosciamo da dove e come siamo arrivati a questo punto, cosa ha determinato questi cambiamenti, chi ci ha lavorato, come tutto questo potrà essere trasmesso ai giovani che saranno i protagonisti del futuro e che faranno tutto ciò che per noi oggi è un sogno e che per loro sarà realtà”.

“Volevo fare il medico - ha detto Isabella Ferrari - ma mia madre mi ha spinto verso



altre direzioni. Sono davvero molto lusingata di aver interpretato e narrato storie di pazienti; testimonianze forti attraverso cui ho riconosciuto che la malattia è un percorso di vita che disegna in noi una linea incancellabile, che ci costringe a rivedere la nostra identità e i nostri progetti”.

“Senza amore la medicina funzionerebbe lo stesso – ha commentato Giuseppe Fiorello – ma con il cuore e il sentimento funziona meglio. Sono onorato di aver dato voce anche alle fragilità di un medico di fronte a un paziente, che gli tende la mano, si affida e si fa guidare nel percorso di cura”.

Il docufilm è un omaggio ai maestri della scuola di Ginecologia e Ostetricia per ispirare i ginecologi di oggi e di domani a tracciare nuove rotte, così come hanno fatto i loro predecessori: il compianto professor Adriano Bompiani, emerito dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, primo professore Ordinario di Clinica ostetrica e Ginecologica dell'Università Cattolica-Policlinico A. Gemelli e primo direttore dell'omonimo Istituto, e il professor Salvatore Mancuso che ne prese il testimone e ne sviluppò la scuola.

Attraverso ricordi e aneddoti il professor Giovanni Scambia ci guida in un viaggio nella storia delle donne e degli uomini che hanno lavorato al Policlinico Gemelli dagli anni '60 a oggi, un gruppo unito che ha dato forma a una ginecologia attenta all'innovazione, ma soprattutto ai bisogni delle pazienti per curare e prendersi cura.

La partecipazione al docufilm di Isabella Ferrari e Giuseppe Fiorello porta alla narrazione una cifra stilistica originale che emoziona e coinvolge attraverso dei reading inediti, scritti per raccontare le storie di medici e pazienti, parole che sono riflessione e testimonianza, e che permettono alle voci dei protagonisti del docufilm di specchiarsi nelle paure e nelle speranze delle tante donne che ogni anno intraprendono il percorso di diagnosi e cura al Policlinico Gemelli.

Il passato, il presente e il futuro si fondono nelle parole del professor Mancuso, del professor Scambia, del professor Antonio Lanzone, già ordinario in Ginecologia e Ostetricia all'Università Cattolica, e dei tanti giovani che oggi stanno iniziando il loro percorso professionale e umano nei reparti di ginecologia e ostetricia del Policlinico Gemelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Pronto soccorso laziali ancora gironi infernali

2023 anno terribile per attese infinite e accessi
I medici del Simeu: «Miglioramenti in vista»

••• È stato il 2023 l'anno terribile per i Pronto soccorso, in special modo per quelli laziali. La fotografia del Simeu, che si è riunito a Roma, è impietosa, con una persona su venti che ha dovuto attendere nel reparto di emergenza fino a 96 ore. Ma qualcosa si muove e secondo le previsioni nel pros-

simo dossier, quello relativo al 2024, si dovrebbero vedere già i primi miglioramenti.

Sbraga a pagina 19

I NODI DELLA SANITÀ

Ma secondo i tecnici nei report 2024 si vedrà qualche miglioramento

Nei Pronto soccorso fino a 96 ore di attesa

La fotografia dei direttori dei Ps: 2023 anno terribile

ANTONIO SBRAGA

••• I Pronto Soccorso non riescono ancora ad uscire dal «codice rosso»: sono in aumento accessi, sovraffollamenti e attese in tutta la Penisola, avvertono i direttori dei Ps riuniti a Roma dalla Società italiana medicina emergenza-urgenza (Simeu). E quasi la metà dei pazienti resta almeno 8 ore nelle astanterie: «Il 49% ha atteso più di 8 ore prima di essere ricoverato, il 61% non ha avuto un pasto e il 37% dei casi neppure un ristoro», avverte il risultato del questionario nazionale. Però «nel Lazio ci sono casi di attese anche peggiori: c'è una quota di circa il 5% che attende 96 ore in Ps prima del ricovero - spiega Beniamino Susi,

vicepresidente Simeu e direttore del Ps di Civitavecchia - Ma si sta cercando di recuperare e i dati del 2024 dovrebbero essere migliori del 2023 per quanto riguarda i tempi d'attesa». Nel 2023 si sono registrati un milione e 400 mila accessi nei 50 Ps del Lazio, di cui il 5.28% in codice rosso d'emergenza, il 18.97% d'urgenza, il 39.63 d'urgenza differibile, il 33.28% d'urgenza minore, il 2.71% di non urgenza e il restante 0.12% non eseguito dopo il triage. E lo scorso anno ben 54.083 pazienti sono rimasti nei Pronto Soccorso del Lazio con una permanenza nelle astanterie di oltre 48 ore: 44.090 in attesa del ricovero in un reparto di degenza (o del trasferimento in un altro ospedale) e i restanti 9.993 tra le corsie dei Ps

per almeno 2 giorni prima di essere dimessi. Ora dall'indagine Simeu, effettuata nei principali 80 Pronto Soccorso italiani, emerge che i maggiori problemi sono la carenza di personale e di posti letto. «Nel Lazio mancano tra i 200 e i 250 medici - quantifica Susi - ma il problema ormai è che proprio non si trovano specialisti: nei nostri 2 concorsi più recenti il numero dei partecipanti ha raggiunto solo la metà dei posti da coprire». E intanto continua anche la fuga dei camici bianchi: solo nei 4 Ps dei Castelli Romani,



infatti, la media di quest'anno è di quasi 3 dimissioni al mese: «da gennaio 2024 ad oggi 30 Medici con incarico Libero Professionale hanno rassegnato le proprie

dimissioni», scrive l'Asl Roma 6. Cresce, dunque, la «necessità di rinforzare gli organici con lo scopo di garantire una migliore qualità di cura ed assistenza e di diminuire il cari-

co di lavoro sui singoli operatori e, di conseguenza, anche lo stress psicofisico dei professionisti - conclude Susi - Mentre il problema dei posti letto non riguarda solo il Ps ma l'intero sistema ospedaliero che ha perduto i posti con i tagli inferti negli ultimi 20 anni e durante il commissariamento della sanità laziale».

54mila

Pazienti
Quelli rimasti
mediamente
più di 48 ore
nei Ps laziali

Fuga di camici bianchi
I medici continuano a lasciare
i reparti di emergenza
come accade ai Castelli
con tre dimissioni al mese

«Girone infernale»
Il corridoio
di un Pronto
soccorso
sovraffollato
di barelle



Dir. Resp.: Luciano Fontana

Indagine sulla sanità, il governatore a processo

Il gup di Potenza ha rinviato a giudizio il presidente della Regione Basilicata Vito Bardi (foto sopra) nell'ambito di un'inchiesta sulla sanità lucana. L'accusa è concorso in induzione a dare o promettere utilità. Il 7 ottobre 2022 l'indagine portò a due arresti: in carcere finì Francesco Piro, capogruppo di Fratelli d'Italia in Consiglio regionale, ai domiciliari invece Maria

Di Lascio, l'ex sindaca di Lagonegro. Eletto per la prima volta nel 2019, Bardi è stato riconfermato governatore nello scorso aprile. Rinvii a giudizio anche tre assessori della giunta in carica all'epoca dei fatti. Il gup di Potenza, Francesco Valente ha fissato la prima udienza del processo per il 20 gennaio. A settembre il pubblico ministero Vincenzo Montemurro aveva ribadito la richiesta

di rinvio a giudizio per quasi tutti gli imputati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Basilicata

