

3 giugno 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

ARIS
ARIS
ARIS
ARIS
ARIS

Samaritanus Care: Uneba recluta Infermieri dall'Estero per affrontare la carenza di personale in Italia.

 By Comitato di Redazione 31 Maggio 2024



Pubblicità

Di fronte alla cronica carenza di infermieri in Italia, la Fondazione Samaritanus Care ha lanciato un innovativo progetto per reclutare personale

infermieristico dall'estero.

Presentato il 17 maggio a Palazzo Grazioli a Roma, l'iniziativa mira a sopperire alla mancanza di operatori sanitari italiani, garantendo un supporto essenziale alle strutture sanitarie e sociosanitarie del Paese.

Il Progetto Samaritanus Care.

Il progetto "Samaritanus Care", promosso dall'omonima Fondazione, prevede il reclutamento di infermieri qualificati provenienti da Asia, Africa e America. L'obiettivo principale è quello di inserire questi professionisti nelle strutture sanitarie italiane, aiutando a colmare il gap di personale che affligge il sistema sanitario nazionale.

Verifica e Formazione dei Requisiti.

Una delle componenti fondamentali del progetto è la verifica rigorosa dei requisiti degli infermieri stranieri, condotta direttamente dalla Fondazione Samaritanus. Questo processo garantisce che solo i candidati più qualificati e adeguatamente formati vengano inseriti nelle strutture sanitarie italiane, assicurando standard elevati di competenza e professionalità.

Collaborazione con Aris.

Samaritanus Care collabora strettamente con le strutture associate ad **Aris** (Associazione Religiosa Istituti Socio-sanitari), facilitando l'inserimento dei nuovi infermieri nelle realtà sanitarie e sociosanitarie italiane. Questo partenariato è essenziale per garantire un'adeguata integrazione del personale straniero e per rispondere efficacemente alle necessità delle strutture associate.

Sfide e Opportunità.

L'iniziativa di reclutare infermieri dall'estero rappresenta una risposta concreta alla crescente carenza di personale sanitario in Italia. Tuttavia, comporta anche diverse sfide, tra cui l'adattamento culturale e linguistico dei nuovi infermieri. La Fondazione Samaritanus sta lavorando per fornire supporto e formazione continua ai nuovi assunti, facilitando il loro inserimento nel contesto lavorativo italiano.

L'Esperimento di Padova.

Il progetto è stato inizialmente sperimentato a Padova, dove ha già mostrato risultati promettenti. La speranza è che questa iniziativa possa essere replicata con successo in altre regioni italiane, contribuendo a stabilizzare il personale infermieristico e a migliorare la qualità dei servizi sanitari offerti.

Conclusione.

Il progetto "Samaritanus Care" rappresenta una soluzione innovativa e necessaria per affrontare la carenza di infermieri in Italia. Con l'assunzione di personale qualificato dall'estero, la Fondazione Samaritanus mira a garantire un'assistenza sanitaria di qualità, rispondendo in modo efficace alle esigenze delle strutture sanitarie italiane. La collaborazione con **Aris** e l'impegno nella verifica dei requisiti e nella formazione continua sono elementi chiave per il successo di questa iniziativa.



la Repubblica



Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 3 giugno 2024

Oggi con Affari&Finanza

€1,70

LA CAMPAGNA PER LE EUROPEE

Attacco sovranista al Quirinale

Il leghista Borghi invita Mattarella a dimettersi per aver celebrato la sovranità dell'Ue. Salvini rincara la dose: "Il 2 giugno non è la festa dell'Europa" Meloni sceglie di restare in silenzio e teme il voto di domenica, Tajani (FI) si smarca: "Solidarietà al capo dello Stato". Pd e 5S: "Dalla Lega parole inaudite" Il ministro Giorgetti tentato di lasciare. Visco: "Il debito rischia di sfuggire di mano"



Il presidente della Repubblica Sergio Mattarella alla parata del 2 Giugno

di Amato, Ciriaco, Colombo, Scozzari e Vecchio da pagina 2 a pagina 7

Il commento

Hanno paura e raschiano il fondo

di Stefano Cappellini

La Lega ha deciso di celebrare la festa del 2 Giugno con uno sguaiato attacco al presidente della Repubblica Sergio Mattarella. Il compito è stato delegato al senatore Claudio Borghi, figura esemplare della stagione salviniana: no euro, no vax, no pudore. Borghi ha preso un passaggio di Mattarella sulla «sovranità dell'Ue» e ne ha dedotto che «dovrebbe dimettersi».

a pagina 26

L'editoriale

I fuoriusciti dalla democrazia

di Ezio Mauro

L'America è uno Stato fascista. L'inizio e l'epilogo della crisi che la democrazia sta vivendo coincidono in questa denuncia disperata e incendiaria di Donald Trump, una dichiarazione di guerra al suo stesso Paese, accusato di ribellarsi alla sottomissione al suo ex presidente, quando pretende di essere al di sopra della legge, del giudizio dei tribunali e delle scelte dei cittadini con il voto.

a pagina 27

Altan

TROPPI FASCISTAGGINE IN GIRO PER L'ITALIA.



Altan

La segretaria Pd a Roma

La piazza di Schlein ora ci crede "Come le primarie, rimonta possibile"

di Giovanna Vitale a pagina 8

Mappamondi

Trump minaccia: "Se vado in carcere ci sarà la sommossa"



dal nostro corrispondente Paolo Mastrolilli a pagina 15

Zelensky accusa: "Rapiti dai russi 20 mila bambini"



di Guerrera e Raineri a pagina 14



In libreria

La prima guida per comprendere la vera sfida strategica fra Oriente e Occidente

Scopri il libro



HOEPLI

Politica e tv



Il vino di Vespa sui Frecciarossa diventa un caso

di Valentina Conte a pagina 11

La storia

Sequestri e torture Così i baby Spada studiano da boss

di Romina Marceca

La paura non è solo per quello che gli potrebbero ancora fare, ma per gli spintoni già presi, per le risa di scherno e per le minacce: «Stai zitto, stai fermo». La paura è per tutto quello che ha già subito. A 16 anni è finito tra le mani di sei giovani leve di uno dei clan più temuti di Roma.

a pagina 19

Roland Garros



Sinner si libera di Moutet in 4 set e vola ai quarti

dal nostro inviato Paolo Rossi a pagina 32

CORRIERE DELLA SERA

RES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 682921
Roma, Via Campania 20 C - Tel. 06 688294

DEL LUNEDÌ

Servizio Clienti - Tel. 02 68707310
mail: servizioclienti@corriere.it

VALLEVERDE logo and brand name.



Bagnaia e Bastianini in trionfo
Ducati da sogno
Prime quattro al Mugello
di Paolo Lorenzi e Giorgio Terruzzi
a pagina 42



Il giornalista
Massimo Fini: il Che,
la politica e gli amori
di Aldo Cazzullo
a pagina 25

VALLEVERDE SOFTSYSTEM MADE IN ITALY logo and image of a shoe.

Ancelotti e noi
IL CORAGGIO È IL VALORE DELL'ETÀ
di Beppe Severgnini

La vittoria in Champions League di Carlo Ancelotti — la quinta con il Real Madrid, la settimana in totale — ha spinto il Financial Times a lodarne la saggezza spensierata. «Il valore dell'età di Ancelotti non è la prudenza. È quasi il contrario: una sfida alle convenzioni, nata dal fatto di non preoccuparsi più della propria reputazione. Parte della sua spensieratezza è innata, senza dubbio. Ma è cresciuta, non diminuita, con il tempo».

Che gli inglesi filosofeggino quando perdono — nessuna squadra britannica tra le sei finaliste europee — è noto, e ammirevole. Ma l'intuizione del quotidiano londinese va oltre un uomo e uno sport. Parla del tempo che rotola via, ed è più difficile da gestire di un pallone. Un pallone, con un po' di tecnica, si può stoppare. Il tempo, no.

Carlo Ancelotti si illude, si entusiasma, si arrabbia, ci rimane male (pariategli dell'esperienza a Napoli!). Quando accade non lo nasconde, a differenza di tanti colleghi che soffrono sorridendo e poi, un giorno, esplodono (ogni riferimento a Max Allegri non è puramente casuale). Ancelotti sembra aver fatto pace con gli anni, con la gente e con le cose. È già nonno, lavora con il figlio. L'esperienza è il suo psicofarmaco: tra tutti, il più efficace.

È vero, come sostiene il Financial Times, che a una certa età è più facile accettare il rischio. Ma i rischi non sono tutti uguali. Alcuni possono essere prova di saggezza fruttuosa; altri, di incoscienza sterile.

continua a pagina 32

2 giugno Tweet di Borghi e affondo di Salvini. Poi la correzione. Tajani: solidali con il capo dello Stato

Mattarella, bufera sulla Lega

Il Carroccio: «Sovranità Ue? Il presidente si dimetta». Il Pd: inaccettabile

La Lega attacca il presidente Mattarella per una frase sulla sovranità dell'Unione europea.
alle pagine 2 e 3

Quel richiamo alla Costituzione

di Marzio Breda

Molto rumore per nulla. Bisogna ricorrere al titolo della commedia di Shakespeare (a partire dagli elementi di farsa, in questo caso per niente comici) se si vuole fare un bilancio della sortita consegnata ieri dalla Lega, attaccando Sergio Mattarella nella Festa della Repubblica.

continua a pagina 3

GIANNELLI 2 GIUGNO 2024. Illustration of a man with a flag.

La premier ha chiesto una marcia indietro

di Marco Galluzzo

E alla fine Meloni parla a Salvini: chiarire e spazzare il campo dalla richiesta di dimissioni, che non sta in piedi. alle pagine 2 e 3

Le armi dell'Italia a Kiev «Ma solo per la difesa»

di Francesco Verderami

Varato dal governo il prossimo pacchetto di aiuti a Kiev. Inserita una seconda batteria Samp-t a medio raggio. a pagina 4

Calcio I «comandamenti» del Ct per gli Azzurri esposti a Coverciano

Ordine, studio, ferocia. La lavagna di Spalletti. I NOSTRI COMANDAMENTI NEL CALO PRIMA LE ORE DI NON LA PRESSIONE CONTINUA (INIZIO FINALE) 2- CONTROLLO DEL CALO (GESTIONE ALLA BOLA) 3- LEGGITI COSTANTE MESSANDO CREI VICINI 4- PARAGRESSIVITÀ PERSE (SOLA PRIMA IN ITALIA) 5- RICOMPRESIONE (TORNARE A CASA) 6- DUE SE STOPY E PERAZIONE OUTSIDE E PRESSO

I «comandamenti» degli Azzurri secondo Spalletti. Il mister della Nazionale che si appresta a giocare gli Europei ha appeso una sorta di lavagnetta a Coverciano. Pressione continua per togliere fiducia agli avversari, controllo del gioco, aggredire stando corti e vicini, insieme. Ingredienti di una squadra moderna. a pagina 39

DATARO.COM

L'astensione colpisce meno i giovanissimi

di Milena Gabanelli Simona Ravizza e Alessandro Riggio

È ra il 1950. E Jean Monnet, universalmente considerato il padre della Comunità economica europea, così diceva: «Non c'è futuro per i popoli europei se non nell'Unione». E da allora si è costruito molto. Il ruolo forte dell'Europa e il perché bisogna andare a votare. I dieci milioni di giovani, che hanno avuto più benefici, sono più europeisti. Donne, Sud e disoccupati: cosa fa l'Ue per loro, grandi astensionisti? Serve una legittimazione più forte per il parlamento di Strasburgo.

alle pagine 8 e 9

Udine Nessuna traccia dell'amico Finita la speranza: trovate le ragazze cadute nel Natisone

di Beatrice Branca e Agostino Gramigna

Ritrovati i corpi di Bianca e Patrizia, le due amiche travolte dalla piena del Natisone, a Udine. Nessuna traccia di Cristian, abbracciato a loro prima di sparire sott'acqua e ancora disperso. a pagina 16



RIAPERTA L'INDAGINE «Cantante uccisa, l'ombra dell'eredità»

di Alfio Sciacca

Riaperto il caso della rocker di Erba, scomparsa due anni fa in Polesine. Greta Spreafico, all'epoca 59enne, era arrivata a Porto Tolle per vendere una villa. Ora si indaga per omicidio, c'è un indagato. Le liti con l'ex e l'eredità. a pagina 17

ULTIMO BANCO di Alessandro D'Avenia

La vita offre spesso gli indizi per risolvere un po' del suo mistero. La scorsa settimana ne ho ricevuti alcuni che forse fanno una prova. 1. Ho visto un bambino gattonare da solo. Avanzava, si fermava, si voltava a guardare il padre dietro di lui, e poi riprendeva senza paura. Così, diverse volte, fino ad allontanarsi tanto che molti erano in apprensione, ma non lui né il padre. 2. Ho incontrato i ragazzi di alcune scuole. I loro insegnanti mi avevano mandato in anticipo le domande suscitate dalla lettura di un libro, 50 domande tra cui questa: «Quale consiglio può dare a noi giovani affinché non ci lasciamo bloccare dalla paura di fallire?». 3. Una studentessa alle prese con un tema di preparazione alla ma-

Kafkiano

turità, commentando i versi di una poetessa, scriveva: «La poesia non è un'arte elitaria destinata a qualche eletto, ma è prima di tutto un atteggiamento mentale che consta dell'amore per la bellezza del quotidiano». 4. Oggi è il centenario della morte di Franz Kafka, uno degli autori che ho incontrato proprio nell'anno della maturità e che da allora non ho smesso di frequentare. Ispirato dall'anniversario ho letto Conversazioni con Kafka dello scrittore Gustav Janouch che, da adolescente, poiché il padre lavorava nella stessa compagnia assicurativa di Kafka, lo conobbe ed ebbe come amico e mentore. Che cosa hanno in comune fatti così diversi?

continua a pagina 29

SPADA ROMA advertisement with image of a man and website spadaroma.com

L'ANTICIPAZIONE

Il mestiere di Dio è perdonare l'uomo è fatto per l'eternità

PAPA FRANCESCO - PAGINA 22



LA STORIA

Natisone, quell'ultimo abbraccio più forte della paura di morire

ASSIA NEUMANN DAYAN - PAGINA 21



ISOCIAL

Lo sbarco di D'Urso su Tik Tok "Con i ragazzi scopro il futuro"

NADIA FERRIGO - PAGINA 24



LA STAMPA

LUNEDÌ 3 GIUGNO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867

1,70 € II ANNO 158 II N. 152 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L. 353/03 (CONV. IN L. 27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it

GNN

L'AFFONDO NEL GIORNO DELLA FESTA DELLA REPUBBLICA DOPO CHE IL COLLE AVEVA PARLATO DI "SOVRANITÀ EUROPEA"

Lega, attacco a Mattarella

Borghi chiede le dimissioni, Salvini lo segue. Meloni gli impone lo stop: "Se no devo sconfessarti"

IL COMMENTO

È il leader leghista a doversi fare da parte

FLAVIA PERINA

Un attacco al presidente della Repubblica nel giorno della Festa della Repubblica. Non l'avevamo mai visto succedere, è successo, e ora è difficile derubricare la vicenda alle solite esagerazioni da campagna elettorale, agli eccessi del solito Claudio Borghi e del solito Matteo Salvini, alla voglia di conquistare un titolo con una polemica che appassiona le frange sovraniste. Deve esserci un limite anche alla caccia al consenso. Quell'limite è stato in tutta evidenza superato per due motivi. Il primo è la mistificazione dolosa delle parole del capo dello Stato, che nella festa laica più importante della Nazione, quella che ricorda la scelta repubblicana dei nostri padri e dei nostri nonni, dovrebbe essere ascoltato come primo interprete di valori da tutti condivisi. Manipolare la sua riflessione sull'imminente voto europeo e additarla come pensiero antipatriottico è un atto di irresponsabilità istituzionale. - PAGINA 4

BRAVETTI, LOMBARDO, PEGGIO

Nel giorno della festa della Repubblica, la Lega chiede le dimissioni di Sergio Mattarella. Il capo dello Stato sabato aveva parlato delle prossime elezioni come del momento in cui «consacreremo la sovranità dell'Unione europea». Il messaggio del Quirinale non piace al partito di Matteo Salvini. - PAGINE 2 E 3

Contro gli estremismi la protesta del non voto

Alessandro De Angelis

LA MANIFESTAZIONE

Pd, strategia Schlein: non rispondo a Giorgia

FRANCESCA SCHIANGHI

«Fooooorza Elly»: l'omone abbraccia la segretaria dem, la esorta con quell'accento strascicato appena scesa dal palco, in sottofondo Bella ciao che rimbomba, «thank you, Bill», risponde lei all'ex sindaco di New York Bill De Blasio di passaggio lì in piazza Testaccio. CARRATRELLI - PAGINA 6

IL RACCONTO

Turpiloquio del potere sconfitta del pensiero

MAURIZIO MAGGIANI

Sarà perché vengo da un mondo di ignoranza e arretratezza, sarà forse perché è verità che non possiamo non dirci cristiani e dunque anch'io appartengo in qualche modo al grandioso racconto biblico, sta di fatto che ho sempre avuto una grandissima considerazione per la parola. - PAGINE 8 E 9

IL MEDIO ORIENTE

Il piano di pace Usa riporta il conflitto a bassa intensità nella Striscia di Gaza

DOMENICO QUIRICO



Il piano Biden conferma l'unico finale possibile, e provvisorio, per la tragedia iniziata con l'invasione di Hamas il 7 ottobre nel Sud di Israele. Ma che cosa è il possibile se non il reale, tutto il resto da consegnarsi all'utopia squinternata o peggio alla interessata bugia? - PAGINA 13

L'INFERMIERA DI TORINO

Negli occhi dei piccoli il terrore delle bombe

GAIA GILETTA

Tra poche ore sarò di nuovo a Torino, ma per uscire da Gaza ce ne sono volute 31. Siamo tornati indietro, siamo stati fermi in macchina tra macerie, suoni delle esplosioni e veicoli militari che correvano sulla strada polverosa a Est di Rafah. MAGRI - PAGINA 12

L'UCRAINA

Quei bimbi diventati bersagli di guerra

ANNA ZAFESOVA

L'ultima bambina ucraina uccisa da una bomba russa si chiama Maria Mironenko. Aveva 12 anni e insieme ai genitori faceva la volontaria a Kharkiv per i rifugiati scappati dai territori occupati. LAMPERTI - PAGINA 14

LO STRANO CASO DI JIMMY NICOL, CHIAMATO A SOSTITUIRE RINGO STARR UNA VOLTA E MAI PIÙ



L'ANNIVERSARIO

Springsteen l'incompreso e i 40 anni di Born in the Usa



Born in the Usa è l'album che spinge Bruce verso la gloria definitiva e illustra come un messaggio può essere frainteso non a seconda delle parole, ma del suono. - PAGINA 18

L'ANALISI

Se il potere del capo travolge la democrazia

MONTESQUIEU

I vertici istituzionali marciano imperturbati verso quello che, presentato come riforma, risulta uno smantellamento sostanziale del sistema costituzionale. Senza una resistenza adeguata: nemmeno dagli oppositori, impegnati in una accademica gara di abilità. - PAGINA 21

LO SPORT

Tris Ducati al Mugello show di Pecco e Bastianini

MATTEO AGLIO



Domenica 2 giugno 2024: Festa della Repubblica, quella italiana e quella di Bagnaia, che in verità al Mugello è sembrato un dittatore. Pecco ha fatto della pista toscana il suo regno, dove da 3 anni è imbattuto. Ha dipinto la sua Ducati di azzurro, il colore della Nazionale, e non ha fatto toccare palla agli avversari. - PAGINA 26

Spalletti, i 6 comandamenti "Togliere fiducia agli altri"

ANTONIO BARILLÀ

Le tavole di Luciano Spalletti. Sei comandamenti scritti su un grande foglio nell'aula magna di Coverciano e illustrati agli azzurri nella riunione del mattino. Non è una metafora scelta per banali appunti di tattica, è il ct a definirli così e a spiegarne il fine. - PAGINA 29



ACQUISTIAMO ANTIQUARIATO orientale ed europeo

www.barbieriantiquariato.it
Tel. 348 3582502





Il Messaggero



€ 1,40 ANNO 140 N° 152
Sped. in A.P. 03/03/2023 con L.46/2024 art.1 c) DCB RM

NAZIONALE



Lunedì 3 Giugno 2024 • S. Carlo Lwanga

IL MERIDIANO

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

Il grande scrittore

Un secolo senza Kafka, profeta dell'angoscia

De Palo e Freschi a pag. 20



A Parigi battuto Moutet

Sinner ai quarti dopo la rimonta

Avviso a Djokovic

Nello Sport



Motomondiale

Super Bagnaia

Al Gp del Mugello

81mila in delirio

Nello Sport



L'editoriale

MELONI E LA SFIDA DI UN'ALTRA EUROPA

Alessandro Barbano

Fare l'Europa non vuol dire contrapporsi agli altri o chiudersi nei confini, ma promuovere il proprio modello a livello globale, dice il governatore di Bankitalia Fabio Panetta nella sua bellissima e liberale relazione annuale di due giorni fa. Il modello che risponde alla domanda «che significa essere europei?», chiosa Massimo Adinolfi nel suo editoriale di ieri sul Messaggero, è quello dell'universalismo dei diritti e delle libertà. Difenderlo, aggiunge, vuol dire stare ancorati al nostro passato e alle nostre tradizioni.

Senonché i diritti non nascono in natura come i funghi, in quantità desiderata o desiderabile. I diritti sono beni scarsi, deperibili e, più di tutto, hanno un costo. Vuol dire che, perché qualcuno possa disporre e farli valere, occorre che altri li sostenga e, in un certo senso, ne paghi il prezzo. Questo vale per tutti i diritti, tanto per quelli che vengono definiti sociali, quanto per quelli cosiddetti civili. Così, fare davvero l'Europa significa individuare la giusta misura del rapporto tra valore e prezzo dei diritti, e distribuire l'uno e l'altro in maniera equanime.

Se queste sono le coordinate della sfida, è lecito chiedersi in che misura possono farne parte, e giocarla insieme, quei soggetti politici che chiedono più Europa e quelli che, come Giorgia Meloni, l'Europa vogliono cambiata. La prima risposta a questa domanda, ancorché implicita, sta proprio nella relazione del governatore di Bankitalia.

Continua a pag. 23

Legge contro il Colle sulla Ue

Gelo Tajani, Schlein attacca

► Il 2 giugno tra le polemiche dopo il riferimento alla sovranità europea Borghi: il Presidente si dimetta. Salvini: «Prima l'Italia». E FI si smarca

ROMA Ai Fori imperiali tra coccarde e tricolori arriva il siluro che la Lega spedisce in direzione del Quirinale. Mattarella: «I Padri della Patria sognavano una Italia aperta all'Europa». Borghi (Lega): «Mattarella si dimetta se pensa che la sovranità sia dell'Ue». E Salvini: «Oggi non è la festa della sovranità Ue». Tajani: «Solidarietà a Mattarella». Schlein: «Meloni prenda le distanze».

Carini, Pinna e Sorrentino da pag. 2 a pag. 5

La strategia

«Gli stati centrali in Europa»: Giorgia non vuole strappi

Francesco Bechis

La premier Meloni prova a mediare. «Stati centrali nella Ue». A pag. 3

Il retroscena

Nodo astensione E dal governo appelli alle urne

Andrea Bulleri

Per gli esperti l'affluenza vicina al 50% penalizza il governo. A pag. 7

La sanità

Liste di attesa, l'idea di misure a due velocità

Mauro Evangelisti

Taglio delle liste d'attesa, misure a due velocità. A pag. 9

Le inchieste

Intelligenza artificiale, senza capitali trema il made in Italy



Andrea Bassi
Andrea Andrei

Intelligenza artificiale, il made in Italy a rischio. Gli investimenti che lottano, i "sapere" non ancora codificati in dati e lo strapotere delle piattaforme estere. Una sfida che parte in salita.

Alle pag. 10 e 11

Intervista a Falcao: «Avrei potuto allenare la Roma. De Rossi l'uomo giusto»



«Soffro ancora per Diba»

Paulo Roberto Falcao, 70 anni. Nel tondo ai tempi della Roma (1980-1984)

Carina nello Sport

Israele, via libera all'intesa su Gaza

«Priorità ostaggi»

► Netanyahu non ostacolerà il piano di Biden «Ma i dirigenti di Hamas lascino la Striscia»

ROMA Israele dice sì all'accordo per salvare gli ostaggi. «Ma via Hamas da Gaza». Uno dei consiglieri di Netanyahu si sbiancia: «Non è una buona intesa, però non la rifiutiamo». Cia e Mossad dietro la proposta di pace, la svolta a Parigi con l'emiro del Qatar. Resta un'incognita: gli organizzatori dell'attacco del 7 ottobre Sinwar e Deif non hanno ancora detto apertamente se accetteranno la proposta promossa da Biden.

Genah e Miglionico a pag. 13

L'anniversario

Normandia, 80 anni dopo il D-day di Kiev

Vittorio Sabadin

Normandia, 80 anni dopo. Nei luoghi dello sbarco si studia la pace per Kiev. Sabadin a pag. 12

Era stato escluso dal seminario: la lettera dopo le polemiche

Il Papa incoraggia il giovane gay

Raffaella Troili

Gay escluso dal seminario, il Papa gli scrive una mail: «Insegui la tua vocazione». «Fu escluso dal seminario perché dissi di essere gay», aveva raccontato al Messaggero il 25 maggio. Il 22enne aveva scritto una mail al Santo Padre in cui parlava della sua forte vocazione forte e delle porte in faccia ricevute. Francesco gli ha risposto. Lo ha fatto dopo la gaffe, dopo quel «ce già troppo i rosciggin» detti ai vescovi proprio mentre si affrontava il tema dell'ingresso degli omosessuali in seminario.

A pag. 15



Le idee

SAVIANO E IL DESTINO DA ORACOLO

Alessandro Campi

Esiste un «caso Saviano». Ma in un senso diverso da quel che si dice e si legge. Non è in corso una battaglia per la libertà di espressione (...)

Continua a pag. 23

Il Segno di LUCA

GEMELLI, INIZIA LA FORTUNA

Oggi Mercurio, il tuo pianeta, entra nel tuo segno dove viene a raggiungere Sole, Giove e Venere. Ora sei tu il regista e a partire da oggi inizierai a sentirti più libero di muoverti e prendere le decisioni senza dover mediare o fare compromessi, ubbidendo a quello che è il tuo partito di vista e alle tue necessità. Puoi festeggiare: è una configurazione non solo positiva ma fortunata, specialmente riguardo alla dimensione economica. **MANTRA DEL GIORNO** Il vento non si vede ma i mulini girano.

L'oroscopo a pag. 23

CRIS
LA CITTADELLA UNIVERSITARIA PIÙ GRANDE D'EUROPA

Formati e Provatelo con ATENI (UNA) in 12 SEMESTRI!

340 11 65 558 - 330579765
VIA A. DE GARIBOLDI, 11 - POGGIARDO (LE)
WWW.CRIS.IT

* Tariffe con gli abbonamenti: (in euro) per gli abbonamenti: nella provincia di Potenza, Lucania, Basilicata e Campania, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,20; la domenica con l'abbonamento € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Molise, il Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,50; nelle province di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; Tariffe per posta: La vita secondo Nino Martelli* - € 6,50 (solo Esata); "Domenica Insieme" - € 9,90 (in tutto il Lazio).

La sanità

Liste di attesa,
l'idea di misure
a due velocità

Mauro Evangelisti

Taglio delle liste d'attesa, misure a due velocità. *A pag. 9*

Taglio delle liste d'attesa, misure a due velocità Oggi il vertice per i fondi

► Corsa contro il tempo per varare il provvedimento nel cdm di domani: si punterà a inserire le norme più onerose in un disegno di legge ad hoc

IL CASO

ROMA Potremmo chiamarla corsa contro il tempo per approvare la riforma delle liste di attesa entro domani. Questa mattina a Palazzo Chigi si incontreranno i funzionari dei Ministeri dell'Economia e della Salute per cercare un percorso, per quanto accidentato, che vada ad assecondare non solo il piano del ministro Orazio Schillaci, ma anche le pressioni della premier Giorgia Meloni che sul palco di piazza del Popolo, sabato scorso, ha assicurato che ci sarà un provvedimento sulle liste di attesa. Giancarlo Giorgetti, ma soprattutto i tecnici del Mef, hanno da giorni avvertito che la copertura necessaria per le misure previste -1,5-2 miliardi di euro - non c'è, quindi il decreto-legge non si può fare. L'ipotesi alternativa è quella di ricorrere a un disegno di legge con passaggio in Parlamento, dunque tempi più lunghi che consentirebbero di trovare le coperture.

CONFRONTO

Con un decreto-legge però l'im-

patto sarebbe quasi immediato (in 60 giorni avviene la conversione in legge), con il disegno di legge di fatto la riforma entrerà in vigore solo nel 2025. Nel vertice di questa mattina si vaglierà una terza soluzione che di fatto rappresenterà un compromesso: inserire in un decreto-legge tutte le misure che non necessitano di copertura o che comunque possono rientrare nei 300 milioni disponibili (ad esempio il sistema di sanzioni per i manager che non rispettano i tempi, la creazione di un ispettorato per controllare il sistema delle prenotazioni, la classificazione per livello di priorità delle differenti prestazioni); elencare invece in un disegno di legge ciò che deve attendere finanziamenti più corposi (come l'incremento dell'acquisto di prestazioni sia in intra moenia sia dalla sanità privata convenzionata). Resta un dato: su questo provvedimento, che punterà anche ad arginare la fuga di medici dal sistema sanitario nazionale, si stanno creando enormi

aspettative e questa sera, ospite della trasmissione su Raiuno Cinque minuti condotta da Bruno Vespa il ministro Schillaci dettaglierà le decisioni prese. Se non ci saranno alternative al percorso più lungo del disegno di legge, Schillaci spiegherà che è giusto coinvolgerà il Parlamento visto che è una riforma epocale per il sistema sanitario nazionale. Ma proprio per la valenza che ha acquisito questo provvedimento, a pochi giorni dalle elezioni europee, è possibile che al vertice di oggi partecipino direttamente anche i due ministri, Schillaci e Giorgetti. Commenta Maurizio Petriccioli, segre-



tario generale Cisl Fp: «La scelta tra ddl o decreto spetta al Governo. Quello delle liste di attesa è un problema da affrontare nel quadro di un intervento utile a ridisegnare complessivamente il sistema sanitario pubblico. Serve inoltre fare chiarezza sul sistema degli accreditamenti affinché il privato sia obbligato a rinnovare i

contratti nazionali parallelamente ai rinnovi del settore pubblico».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista **Francesco Cognetti**

«Una riforma strutturale per combattere i tumori»

Abbattere le attese per esami e visite specialistiche è urgente anche per continuare a ridurre la mortalità dei tumori. A parlare è il professor Francesco Cognetti, presidente della Federazione Oncologi, Cardiologi, Ematologi (Foce) e coordinatore del Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari italiani.

Professore, se un paziente ha un problema di salute ma non può accedere in tempi accettabili a un esame, è più a rischio qualora dovesse purtroppo scoprire di avere un tumore?

«Non c'è dubbio. La diagnosi precoce consente miglioramenti significativi della sopravvivenza. Per la diagnosi precoce (tumori della mammella, colon retto e collo dell'utero) si eseguono normalmente alcuni esami di screening. Questi sono minori dei risultati auspicabili con una adesione in Italia di circa il 43 per cento nella media dei 3 screening, con le regioni del Sud tra il 10 e il 30 per cento, e quindi ben al di sotto del 90 per cento che ci richiede l'Europa entro il 2025».

È anche importante diagnosticare per tempo i tumori?

«Importantissimo. Anche quando compare un sintomo. E se devi aspettare gli esami necessari rischi una diagnosi non tempestiva. Non è un caso che sia aumentata enormemente la "spesa out of pocket" in sanità (quando il cittadino paga di tasca propria esami o visite). E chi non se lo può permettere? Probabilmente il tumore sarà scoperto in fa-

se più avanzata con le conseguenze negative che tutti possono immaginare sull'andamento della malattia. A questo aggiunga la carenza dei posti letto per i quali ci sono ritardi anche negli interventi curativi a partire da quelli chirurgici».

La prevenzione va a rilento anche perché i tempi di attesa per gli esami sono lunghi?

«Sì, è vero. E non ci sono poi più campagne informative e di educazione da parte delle istituzioni. Intendo campagne sistematiche sugli stili di vita che sarebbero in grado di abbattere il 40 per cento dei tumori. I sistemi nell'informare i cittadini sugli screening sono desueti in molte Regioni».

Cosa si può fare per abbattere le liste di attesa?

«Questo governo ha già fatto dei tentativi nella finanziaria destinando alcune risorse per incentivare i medici verso una maggiore attività in modo da ridurre le liste di attesa. Molti medici si sono detti indisponibili perché negli ospedali sono condannati a ritmi insostenibili e con stipendi nettamente al di sotto degli altri Paesi europei. E questo porta all'esodo dei giovani all'estero e degli anziani che puntano anticipatamente alla pensione. Vanno quindi affrontati tutti questi aspetti di sistema che affliggono la nostra sanità pubblica».

C'è un incremento dei tumori in Italia?

«Sì, ogni anno, come nel resto d'Europa. Sono piccole percentuali di incremento ma costanti. Però c'è una

diminuzione della mortalità costante e significativa. Ed un aumento della sopravvivenza anche per effetto di migliori cure. Questi progressi non possono e non devono arrestarsi. Non sono di nessuna utilità provvedimenti spot e segmentari. Questi possono risultare anche dannosi e addirittura causa di sprechi e dispersione di risorse già del tutto insufficienti perché non rimuovono le cause che le determinano. Alla luce delle gravissime problematiche che affliggono la sanità è necessario pensare e mettere in atto una Riforma strutturale atta ad affrontare tutte queste enormi carenze, posizione condivisa da tutto il mondo medico italiano. In un certo senso ha ragione il ministro Schillaci quando afferma che si dovrà trattare di una riforma epocale che coinvolgerà il parlamento, ma non potrà riguardare le sole liste d'attesa ed il suo costo sarà molto superiore ai circa 1,5-2 miliardi ipotizzati dal governo, che sono cifre purtroppo illusorie per un cambiamento del servizio sanitario nazionale».

M.Ev.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Francesco Cognetti



Liste d'attesa, salta il decreto Il governo: «Presto le misure Visite di sabato e domenica»

Con il provvedimento anche un sistema di monitoraggio

Sanità

di **Margherita De Bac**

Niente sblocco per le liste di attesa. Il decreto a firma del ministro Orazio Schillaci in arrivo al prossimo Consiglio dei ministri, forse martedì, sarà in realtà un disegno di legge che potrebbe anche slittare. Al ministero dell'Economia hanno tenuto stretta la borsa, solo 300 milioni per sostenerlo e pare che fino al 2025 non si possa avere di più. Senza soldi non si va da nessuna parte.

Questo intoppo non da poco ferma quella che doveva essere una priorità del governo, e cioè il cambiamento, imperniato su una serie di azioni: aumento di visite ed esami da eseguire nel privato convenzionato, possibilità di ricevere prestazioni anche in regime di libera professione se l'appuntamento nel pubblico va oltre i tempi appropriati, ambulatori aperti sabato e domenica e ore serali, più strumenti a disposizione delle aziende per arruolare per-

sonale dedicato, fra medici, specializzandi e infermieri. Dal palco della kermesse di Fdi la premier Meloni insiste: «Nei prossimi giorni il governo varerà un provvedimento che introduce un meccanismo di monitoraggio delle liste di attesa, oggi inesistente» oltre all'«abolizione del tetto di spesa per l'assunzione di medici». Quindi ribadisce: «Visite anche il sabato e la domenica».

In poco meno di 15 anni sono stati almeno sei i principali interventi normativi sulle liste di attesa, fra accordi, piani e decreti. Tuttavia oggi ci ritroviamo impantanati in una emergenza condivisa da Paesi europei ed extra europei che, almeno sul piano formale, applicano come noi sistemi universalistici di assistenza. Nonostante i tentativi di miglioramento, resta lo squilibrio tra domanda e offerta.

Nel provvedimento vengono rafforzate alcune misure già in vigore sulla carta, anche attraverso l'introduzione di sanzioni per gli amministratori inadempienti, vincolati al rispetto dei tempi, pena la messa in discussione del rin-

novo e dello stipendio. Uno dei rimedi anti coda e per la riduzione dei ricoveri prolungati dovuti al ritardo di accertamenti è la possibilità di effettuare visite specialistiche ed esami appunto di sabato e domenica con fascia oraria prolungata. Il paziente che non viene soddisfatto entro i tempi indicati dal medico (appuntamento entro 72 ore per le urgenze, 10 giorni per le differibili, 30 giorni per le specialistiche. E ancora: 60 giorni per gli esami differibili e 120 per quelli programmabili) deve ricevere la prestazione in ambulatorio pubblico in regime di libera professione svolta all'interno dell'ospedale, pagando solo il ticket.

Obbligo per le Regioni di creare un centro unico di prenotazione, il Cup, che «raccolga» tutte le agende di strutture pubbliche e private convenzionate. Significa che in ogni sportello si dovrebbe poter prenotare la visita in qualsiasi parte della Regione e senza rischiare di non ottenere una data. Tra le priorità, la cancellazione delle cosiddette agende «chiuse», limitate.

L'incompletezza di centralini unici, dove tutte le Asl sono collegate in digitale, è un male diffuso in Italia. Secondo Agenas «nessuna Regione» dietro lo stesso numero di telefono o il contatto online offre la reale possibilità di avere una visibilità completa dei posti liberi per gli appuntamenti. Un altro sbocco per assorbire la domanda sono le farmacie con l'offerta di servizi di base. Ma Mariastella Giorlandino, presidente di Uap, l'unione ambulatori e poliambulatori privati, in una lettera al Presidente Mattarella, obietta, «è una norma anticostituzionale».

Un capitolo nuovo è dedicato alla salute mentale: 80 i milioni per rafforzare i dipartimenti specialistici regionali e la presa in carico dei malati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il disegno di legge
In Consiglio dei ministri già martedì, ma la discussione potrebbe essere rinviata

300

I milioni
di euro che dovrebbero essere destinati dal ministero dell'Economia a sostegno del provvedimento (sarebbe il totale fino al 2025)

6

Gli interventi
normativi principali per ridurre le liste di attesa negli ultimi 15 anni: si tratta di accordi, ma anche piani sanitari e decreti



Il caso**Caccia alle risorse
per il decreto sanità
Vertice con il Mef****Mauro Evangelisti****L**iste d'attesa, pressing sul decreto. Ma c'è il nodo delle risorse. *A pag. 3*

Sanità, pressing per il decreto ma resta il nodo delle risorse

► Martedì in Cdm la riforma per abbattere le liste di attesa, il Mef frena sui fondi
Il piano B: un disegno di legge per coinvolgere il Parlamento (e prendere tempo)

IL FOCUS

ROMA Martedì la grande riforma per abbattere le liste di attesa, su cui in più occasioni si sono messi in gioco in prima persona la presidente del Consiglio, Giorgia Meloni, e il ministro della Salute, Orazio Schillaci, arriverà nel cdm. Le possibilità di ricorrere a un decreto però sono risicate. Come mai? Mancano le risorse. Più esattamente: servirebbero almeno 1,5 miliardi di euro, forse 2, ma negli ultimi giorni i confronti tra Ministeri della Salute e dell'Economia, anche direttamente tra Schillaci e Giorgetti, hanno confezionato una scomoda verità. I finanziamenti disponibili non superano i 300 milioni e questo allontana l'uso del decreto legge, ipotesi che ha causato il disappunto della premier. E ieri nel corso del comizio in piazza del Popolo, a Roma, Giorgia Meloni ha parlato con orgoglio delle misure sulle liste di attesa, ma ha sempre usato, prudentemente, la formula generica del «provvedimento». Significa che invece del decreto, si potrebbe ricorrere al disegno di legge. Cosa cambia? Cambiano i tempi.

Un decreto renderebbe operativa in due mesi la riforma molto attesa dai cittadini che aspettano molto tempo per una visita o un

esame e non di rado rinunciano a curarsi. Un disegno di legge ha i tempi diluiti del dibattito parlamentare, anche se ci cercherebbe una corsia preferenziale con la speranza, in autunno con la finanziaria, di trovare le risorse. «Mettiamola così - dicono nei corridoi del Ministero della Salute - è una riforma epocale, chi è venuto prima di noi non l'ha fatta, può valere la pena aspettare qualche

mese in più». Domani ci sarà un nuovo confronto tra i tecnici del Ministero della Salute e i colleghi dell'Economia, con la speranza di trovare una soluzione last minute. Ma Schillaci, che domani dovrebbe essere ospite della trasmissione «Cinque minuti» condotta da Bruno Vespa ha pronta una narrazione credibile per spiegare il cambiamento, se le ultime trattative dovessero fallire. Poiché si parla di una riforma epocale - sarà spiegato - è giusto coinvolgere il parlamento.

La presidente Meloni ieri ha confermato alcuni dei contenuti della riforma: saranno sanzionati i direttori generali delle Asl che non rispettano i piani di abbattimento delle liste di attesa, saranno aperti studi e laboratori anche al sabato e alla domenica, ricorrendo ove necessario a prestazio-

ni intramoenia (acquistate dai professionisti interni) e coinvol-

gendo gli specializzandi. Per garantire tempi certi al paziente, le Regioni e le Asl potranno acquistare prestazioni aggiuntive dalla sanità privata convenzionata che però dovrà mettere a disposizione le agende ai Cup. I Centri unici di prenotazione oggi sono spesso parziali, non hanno agende complete: questo non dovrà più succedere. Ci saranno classi di priorità per visite ed esami e almeno il 90 per cento dovrà essere erogato nei tempi previsti.

DUBBI

Giorgia Meloni ha ricordato un problema reale: non esiste un monitoraggio certo delle liste di attesa. Quando si afferma che si aspettano anche due anni per



una visita da un endocrinologo o per un ecodoppler, ci si basa su testimonianze o analisi di associazioni di consumatori. Per questo al Ministero sarà creato un Ispettorato per vigilare sui tempi. Si lavorerà anche sull'appropriatezza per tagliare quel 20 per cento di visite ed esami non necessari che i medici prescrivono perché temono cause risarcitorie. Sono però esclusi interventi coercitivi, si punta sulla promozione di pratiche virtuose. Critiche dall'opposizione. Il responsabile nazionale welfare di Azione, Alessio D'Amato: «È un vero flop. Servono 2 mi-

liardi, altro che 300 milioni». Chiara Braga, capogruppo Pd alla Camera: «Solita promessa non mantenuta». Replica il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato (Fdi): «Gli strumenti possono essere quello della decretazione, che ha cogenza immediata, o un disegno di legge veloce».

Mauro Evangelisti

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**PER LE MISURE
SERVONO ALMENO
1,5 MILIARDI DI EURO
MA A DISPOSIZIONE
CI SONO SOLO
TRECENTO MILIONI**

I CONTENUTI

1 Esami e visite nei week-end

Il provvedimento punta ad aumentare le ore in cui si fanno visite ed esami, ricorrendo sia a prestazioni intra moenia sia alla sanità privata convenzionata

2 Sanzioni a chi non è in regola

I direttori generali delle aziende sanitarie locali dovranno rispettare i tempi previsti per le prestazioni: chi non sarà in regola sarà sanzionato

3 Ispettorato contro i ritardi

Oggi non esiste una centrale di controllo sulle attese previste per un paziente che deve prenotare una visita medica o un esame. Sarà previsto un centro di verifica al Ministero

4 Aiuto anche dai privati

Dalla sanità privata convenzionata saranno acquistate prestazioni aggiuntive se il pubblico non riesce a dare risposte in tempi accettabili

**DOMANI NUOVO
VERTICE TRA
I MINISTERI
PER TROVARE
UNA SOLUZIONE
SUL FILO DI LANA**



Una dottoressa nei corridoi del policlinico Agostino Gemelli di Roma



Dietrofront liste d'attesa

Il decreto legge ridotto
a disegno di legge e le
nuove misure rimandate
La mossa a sorpresa
per mancanza di fondi
fa infuriare Meloni

IL CASO

PAOLORUSSO
ROMA

Giorgia Meloni lo aveva messo in cima alla lista dei desideri da realizzare prima del voto, perché il decreto legge taglia liste di attesa doveva essere la contromossa alla campagna elettorale di Elly Schlein, che molto ha puntato sulle accuse al governo di sabotaggio al servizio sanitario pubblico. Ma dopo slittamenti e rinvii, andati avanti in parallelo al braccio di ferro tra il Titolare della Salute, Orazio Schillaci, e quello dell'Economia Giancarlo Giorgetti, il decreto legge, atteso al Consiglio dei ministri di martedì prossimo, salvo sorprese dell'ultima ora sarà declassato al rango di disegno di legge. Passa cioè da provvedimento subito attuativo a proposta destinata a divenire legge alle calende greche, quelle che di solito contraddistinguono i tempi di approvazione parlamentare dei ddl.

Una mossa a sorpresa che cela tre difficoltà. La prima, come al solito, legata al problema delle coperture, perché il costo delle disposizioni contenute nei 25 articoli messi a pun-

to dagli uomini di Schillaci sarebbe stato quasi tutto «a valere sul fondo sanitario nazionale». Che equivale a dire alle regioni: applicate le misure con quello che avete in cassa.

Al ministero dell'Economia sarebbero infatti disposti a mettere sul piatto solo 300 milioni, mentre le misure messe a punto dalla Salute secondo i tecnici del Mef varrebbero almeno un miliardo e mezzo. Questo senza considerare il principio ribadito dalla vecchia bozza di decreto di garantire sempre e comunque la prestazione ai cittadini quando i tempi di attesa superano quelli massimi stabiliti per legge. Questo anche ricorrendo alle prestazioni erogate in regime di libera professione. Una sorta di bonus salta fila che era subito piaciuto a Giorgia Meloni, salvo mandarla ora su tutte le furie, scoperto al photo finish che le coperture non ci sono.

Il secondo punto critico deriva dal primo. Perché è chiaro che varare un Piano taglia liste di attesa, di per se ambizioso, senza indicare un finanziamento adeguato si sarebbe potuto facilmente trasformare in un

boomerang, con le opposizioni pronte a contrattaccare, accusando di nuovo il governo di definanziare la sanità.

Terza e non ultima questione, l'annosa freddezza del Colle per l'uso eccessivo dei decreti legge.

Così, salvo cedimenti clamorosi a Via XX settembre, il 4 giugno in Consiglio dei ministri il decreto entrerà nella veste molto più dimessa di un disegno di legge. Quanto debbano rammaricarsi gli assistiti è difficile dirlo, visto che manca la controprova sull'efficacia delle misure che avrebbero dovuto consentire di abbattere le liste di attesa, che oggi fanno aspettare mesi, se non anni, per una visita o un accertamento diagnostico. Ma a dolersene saranno sicuramente medici e privati. I camici bianchi vedono infatti slittare a tempo indeterminato la flat tax al 15% sulle ore di lavoro per prestazioni aggiuntive, oggi tassate al 43%, mentre gli specialisti am-



LA STAMPA

bulatoriali dovranno attendere tempi migliori per veder aumentare il loro compenso orario da 60 a 100 euro.

Ma a piangere sono soprattutto i privati convenzionati, visto che dopo i 502 milioni già elargiti dalla manovra per alzare il loro tetto di spesa, il provvedimento "taglia-code" prevedeva ora un altro aumento di un punto percentuale per ciascu-

no degli anni dal 2024 al 2026, per un valore totale di ulteriori 369 milioni. «L'ennesimo regalo ai privati», avevano già attaccato le opposizioni. «Un modo per aumentare l'offerta di prestazioni ai cittadini da parte di chi opera comunque per il pubblico», secondo Schillaci. Per ora entrambi senza più oggetto del contendere. —

1,5
miliardi
i fondi
che necessari

300
milioni
i fondi
disponibili



Un'immagine di medici e personale sanitario in un ospedale



Interviene la premier: "Si faranno le visite anche nei fine settimana"

Fondi per ridurre le liste d'attesa alta tensione Giorgetti-Schillaci

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Prosegue il braccio di ferro tra il ministro della Salute Schillaci e quello dell'Economia Giorgetti sulle coperture al Piano taglia liste di attesa, che in assenza di finanziamenti rischia di presentarsi martedì in Consiglio dei ministri sotto le dimissioni di un disegno di legge anziché in quelle di un decreto legge immediatamente esecutivo. Quello su cui puntava Giorgetti Meloni, irritata e sorpresa nel vedere ancora vuoto l'articolo 25 intitolato "coperture finanziarie" di quello che doveva essere l'ultimo e il più spendibile dei decreti pre-elettorali. Proprio la Premier potrebbe ora diventare determinata nel scardinare il muro alzato

dall'Economia, nel quale fino ad oggi Schillaci ha cercato invano di aprire una breccia.

Anche se ieri in chiusura della campagna elettorale la Meloni si è tenuta sul vago, parlando di «provvedimento». «Per costruire un meccanismo nazionale di monitoraggio delle liste di attesa, che non esiste», ha detto. Aggiungendo che «ci saranno soluzioni per effettuare visite e prestazioni sanitarie, che si faranno anche sabato e domenica, abolire il tetto di spesa per l'assunzione del personale, coinvolgere di più gli specializzandi, sanzionare i dirigenti sanitari che non dovessero rispettare gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa, premiandoli se invece lo fanno». Compito che spetterebbe a un neo nato Ispettorato na-

zionale per il controllo delle liste di attesa istituito presso il ministero della Salute. E proprio sul metodo della bastone e la carota punta il ministero della Salute per attuare il principio espresso all'articolo 1, che garantisce ai cittadini, in caso di mancato rispetto dei tempi massimi di attesa previsti per legge, di poter ottenere gratuitamente la prestazione anche in libera professione. Una manna per quel 39,4% di assistiti che oggi paga invece di tasca propria il privato per accorciare i tempi, ma anche una spada di Damocle sulla testa di direttori generali delle Asl e Regioni che continuando a sforare i tempi potrebbero ritrovarsi a pagare un conto da 4,5 miliardi di euro. Prospettiva che dovrebbero mettere lo-

ro il sale sulla coda, è il ragionamento dei tecnici di Schillaci che hanno proposto la misura. Non la pensa così il Mef, fino a questo momento disposto a mettere non più di 300 milioni sul piatto, contro il miliardo e mezzo necessario a coprire i costi di un provvedimento che rischia ora le Calende greche del normale iter parlamentare. —



LA GIORNATA

Liste d'attesa, braccio di ferro sulle risorse con l'Economia Sanzioni ad Asl inadempienti

Le misure per la Sanità

Un Ispettorato nazionale per il controllo delle liste di attesa presso il ministero della Salute con il compito di stabilire premialità o sanzioni ai manager delle Asl che non rispetteranno gli impegni presi per l'abbattimento delle "code" in Sanità. Eccola l'ultima misura che dovrebbe entrare nel «provvedimento» atteso «nei prossimi giorni» in consiglio dei ministri come ha annunciato ieri a Roma dal palco della chiusura della campagna elettorale per le Europee di Fdi la stessa premier Giorgia Meloni. Che nel suo intervento non ha però chiarito il nodo numero uno e cioè quello delle coperture delle misure: perché alla vigilia del primo via libera del Governo atteso questo martedì è sempre più probabile che il «provvedimento» sulle liste d'attesa non sia più un decreto legge come annunciato più volte in passato dal ministro della Salute Orazio Schillaci, ma solo un disegno di legge con tempi molto più lunghi per la sua approvazione.

Le misure - nella bozza ci sono ben 25 articoli - sono infatti al centro di un braccio di ferro con il mini-

stero dell'Economia finora irremovibile sulla disponibilità di risorse che non supererebbero i 300 milioni, una cifra molto distante dal fabbisogno effettivo (tanto che l'alternativa è quella di attingere alle risorse già stanziati nel Fondo sanitario nazionale, cosa che però innescerebbe la rivolta delle Regioni che denunciano fondi sempre più contati per il Ssn).

Tra gli interventi previsti «ci saranno soluzioni per effettuare visite e prestazioni sanitarie» anche «di sabato e domenica», ha sottolineato sempre ieri la Meloni così come una norma per «abolire il tetto di spesa per l'assunzione dei medici», ma anche un «maggiore coinvolgimento degli specializzandi» che potranno lavorare con contratti di collaborazione in ospedale fino ad un massimo di 12 ore. Sarà attivato anche una piattaforma nazionale di monitoraggio delle liste d'attesa ospedale per ospedale (in capo all'Agenas) «che oggi non esiste», ha rammentato ancora la Meloni. Nel provvedimento anche la creazione di un Cup unico regionale o infra regionale al

quale afferiscono strutture pubbliche e private accreditate con le agende delle prenotazioni che saranno unificate. Per garantire almeno il 90% delle cure entro i tempi previsti si potrà ricorrere anche agli ospedali privati accreditati (cresce il tetto di spesa per gli acquisti delle cure dai privati). Si punta anche a defiscalizzare il lavoro straordinario di medici e infermieri. Ora resta solo da capire il "dettaglio" più importante: ci saranno risorse sufficienti?

—**Marzio Bartoloni**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità aperta 7 giorni su 7

Nel decreto legge sulle liste d'attesa visite diagnostiche e specialistiche anche di sabato e domenica, con l'estensione della fascia oraria di apertura quotidiana

Visite diagnostiche e specialistiche possibili anche di sabato e domenica, con l'estensione della fascia oraria per l'erogazione di queste prestazioni. Sistema unico di prenotazione regionale o infra-regionale, con le strutture private accreditate ospedaliere e ambulatoriali che dovranno afferire al Centro unico di prenotazione (Cup). E' quanto prevede il dl sulla riduzione delle liste d'attesa previsto al prossimo consiglio dei ministri.

Quaranta a pag. 23

In dirittura in consiglio dei ministri il decreto legge taglia liste d'attesa

Visite mediche sempre Di sabato, di domenica e in fasce orarie extra

DI PASQUALE QUARANTA

Visite diagnostiche e specialistiche possibili anche di sabato e domenica, con l'estensione della fascia oraria per l'erogazione di queste prestazioni. Sistema unico di prenotazione regionale o infra-regionale, con le strutture private accreditate ospedaliere e ambulatoriali che dovranno afferire al Centro unico di prenotazione (Cup), pena la nullità degli accordi contrattuali per l'accreditamento con il Ssn; istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa; realizzazione di un registro delle segnalazioni e funzionalità dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa e nuove disposizioni in materia di tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive svolte dal personale medico e del comparto sanitario. Sono queste alcune delle novità del decreto legge sulle liste d'attesa che il consiglio dei ministri è in procinto di approvare. Il provvedimento, sul quale stanno lavorando i ministeri della salute e dell'Economia, intende istituire il Sistema nazionale di governo

delle liste di attesa (Singla) allo scopo di implementare l'efficacia del coordinamento di livello nazionale per la riduzione e il superamento delle attese, con particolare riguardo alla risoluzione delle disegualianze regionali. Il Singla si occuperà di analizzare il fabbisogno delle prestazioni ambulatoriali, in ricovero ordinario e day hospital attraverso l'individuazione del livello delle prestazioni attese nelle diverse regioni; governare la domanda delle attività attraverso la promozione della appropriatezza prescrittiva e organizzativa in collaborazione con i medici di famiglia e pediatri; identificare e dimensionare il sistema d'offerta necessario per garantire la risposta alla domanda di prestazioni attese; collegare strutturalmente i sistemi regionali e aziendali di governo delle liste di attesa ai ruoli di rete nel Servizio sanitario regionale (Ssr). Il Singla sarà poi governato da una Cabina di regia

(Cdr) istituita presso il ministero della Salute e sovrintenderà all'elaborazione del Piano nazionale di governo delle liste di attesa e vigilerà sull'attuazione delle misure anche grazie al supporto dell'Osservatorio nazionale delle liste di attesa che ha, tra i vari compiti, anche quello di aiutare le regioni e le province autonome nel raggiungimento dei loro obiettivi in materia. Con il Piano nazionale di governo delle liste di attesa, il ministero della Salute definirà apposite linee di indirizzo rivolte alle regioni, dirette all'allineamento della domanda di assistenza sanitaria, definendo standard nazionali di natura organizzativa, tecnologica e infrastrutturale, rilevanti anche per la revisione e l'aggiornamento



degli standard assistenziali relativi all'assistenza ospedaliera e territoriale. Sarà l'Agenzia dei servizi sanitari regionali (Agenas) ad effettuare il monitoraggio nazionale sul rispetto dei tempi massimi di attesa calcolati per classi di priorità delle prestazioni e sarà sempre l'Agenas a gestire la nuova Piattaforma nazionale delle liste di attesa finalizzata a realizzare l'interoperabilità con le piattaforme di ciascuna regione e provincia autonoma. Infine il provvedimento prevede un sistema di "Recall", gestito dal Cup, per ri-

cordare all'assistito la data di erogazione della prestazione, per richiedere la conferma o per la cancellazione delle prenotazioni; azioni finalizzate a contrastare il fenomeno dei cosiddetti medici gettonisti; un aumento pari al 25% dell'incremento del fondo sanitario regionale al fine di remunerare maggiormente il personale di aziende e degli enti del Ssn. Secondo l'ultimo rapporto Istat sul Benessere equo e sostenibile (Bes), nel 2023 circa 4,5 milioni di cittadini hanno dovuto rinunciare a visite mediche o accertamenti per problemi economici o per l'allunga-

mento delle tempistiche dovute, spesso, al recupero delle prestazioni differite per il Covid e per le difficoltà nel riorganizzare efficacemente l'assistenza.



■ SALUTE PUBBLICA

Sanità in coma M5S e Pd stanno con i medici

> RAFFAELLA MALITO

A PAGINA 9

Sanità pubblica a pezzi M5S e Pd sposano l'appello di 50 medici

“Una nuova Costituente per curare il Ssn”
Ma la destra nega il calo delle risorse

di RAFFAELLA MALITO

Cheché ne dica la premier **Giorgia Meloni** sull'aumento dei fondi alla Sanità, aumentano le analisi, i report e gli accorati appelli sul pessimo stato in cui versa il nostro servizio sanitario nazionale. Tutte le forze politiche, sociali e sindacali “senza distorsioni e polemiche pretestuosamente di parte” diano vita a una “nuova Costituente che indichi soluzioni concrete e durature per la correzione del sistema” sanitario nazionale. È stato l'ultimo appello arrivato da 50 medici con alle spalle 50 anni di attività in tutti i campi della medicina in Italia. “Accogliamo con grande interesse e favore la legge 833” istitutiva del servizio sanitario “poiché poneva fine ad enormi disuguaglianze di trattamento che escludevano dalle cure i non assistiti dalla ‘Mutua’ di categoria”, ricordano. “Abbiamo seguito l'evolversi e l'involgersi del servizio sanitario, registrandone le prime crepe quando, nel 1992, le Usl sono state trasformate in Asl” “con una impostazione manageriale di nomina politica finalizzata al mero equilibrio economico”. Le criticità sono cresciute nel tempo e oggi la sofferenza del servizio sanitario è particolarmente grave. “Non vogliamo e non possiamo tacere di fronte a questa deriva negativa”, scrivono i firmatari della lettera. “Ci sentiamo in dovere, sulla base della nostra lunga esperienza maturata nei più svariati campi della medicina, di denun-

ordinate che, anche in momenti di risorse economiche limitate, sta forzando il cittadino a pagarsi in proprio molte cure mediche”, aggiungono. Un appello che i partiti di opposizione sposano. “Tutti gli operatori sanitari, le associazioni, gli ordini professionali, i sindacati, gli scienziati, tutti ci dicono che la sanità pubblica è a un passo dal collasso. Chiediamo a Giorgia Meloni: ha davvero a cuore la sorte degli italiani che non possono curarsi o devono pregare di guarire le proprie patologie ingurgitando le vostre bugie?”, dice il dem **Marco Furfaro**. Per la Sanità “è urgente mettere più risorse e sbloccare il tetto delle assunzioni, sono i contenuti della legge a mia prima firma. Invitiamo la destra a votare con noi”, chiede la leader del Pd, **Elly Schlein**. “Abbiamo letto con grande attenzione l'appello lanciato dai 50 medici senior per salvare la Sanità pubblica e lo vogliamo sostenere con forza, perché sottoscriviamo convintamente le istanze rivendicate. I camici bianchi parlano chiaro: i bisogni di salute dei cittadini sono cambiati negli anni e il Servizio sanitario nazionale fatica a soddisfarli. Ma dai medici arriva anche una sonora bocciatura dell'autonomia differenziata, che finirebbe per aggravare ulteriormente una situazione già critica. E l'atteggiamento della politica è miope, perché si limita a curare i sintomi e non la

malattia”, scrivono in una nota congiunta i parlamentari M5S delle commissioni Affari Sociali di Camera e Senato. “Come abbiamo detto più volte anche noi - proseguono - il Ssn è un malato grave che il governo sta tentando di curare con un semplice cerotto. Quando non lo colpisce direttamente con tagli e regali ai privati. Una ricetta destinata a fallire e che nasconde la reale volontà dell'esecutivo di staccare definitivamente la spina al malato, sostituendo il sistema pubblico, equo e universalistico con un più remunerativo sistema pubblico-privato o ancor peggio del tutto privato”. E grande sotto il cielo è la confusione che regna in maggioranza. In attesa che nel prossimo Consiglio dei ministri, che potrebbe tenersi martedì, arrivi il provvedimento sulle liste d'attesa, voluto dalla premier e dal ministro **Orazio Schillaci**, la Lega ha presentato un disegno di legge di riforma del Servizio sanitario nazionale per tagliare le liste d'attesa e per rafforzare l'assistenza in Italia. A chi dar credito?

In confusione

La Lega presenta un ddl per ridurre le liste di attesa
Ma a giorni è atteso un decreto di Palazzo Chigi

ciare la scarsità di iniziative co-

POLITICA SANITARIA, BIOETICA



Il Report

E la Uil dà l'allarme su case e ospedali di comunità

Il governo "purtroppo, sta investendo poco in sanità (le stime nazionali parlano del 6% del Pil) e non rimuove il tetto di spesa per l'assunzione di nuovo personale, paralizzando di fatto l'operatività delle strutture dedicate alla medicina del territorio. Se non si realizzasse questo obiettivo, sarebbe il crollo del Servizio sanitario nazionale: non solo il Sud, ma anche il Nord del Paese rischierebbe di arretrare in Europa". E' quanto afferma il segretario confederale della Uil, **Santo Biondo**, evidenziando l'analisi del report del servizio Politiche sociali e sanità sull'assegnazione delle risorse per l'attuazione degli interventi Pnrr sulla missione 6 salute. Secondo il rapporto,

"per far funzionare le 1038 Case di comunità, indicate dal piano, servirebbe un investimento in personale stimabile in circa 1 miliardo di euro annui. Mentre per i 307 Ospedali di comunità previsti sarebbero necessari oltre 218 milioni. Infine, per coprire le spese per il personale delle 480 Centrali operative territoriali servirebbero 163 milioni. Il fabbisogno totale stimato, dunque, è pari a 1 miliardo e 366 milioni per circa 30mila professionisti. Quantità a nostro avviso, comunque sottostimata per un giusto equilibrio dei carichi di lavoro. A fronte di questi numeri, invece, l'impegno totale previsto dello Stato è di soli 250 milioni per il 2025 e 250 milioni per il 2026". Quindi, conclu-

de Biondo, a meno che non si intenda spostare personale sanitario dagli ospedali, le strutture della medicina del territorio previste dal Pnrr rischierebbero di diventare "cattedrali nel deserto".

Conti alla mano

Per far funzionare le strutture previste dal Pnrr servono 1,366 miliardi. Il governo prevede 500 milioni in 2 anni



Le pensioni schiacciano la spesa Italia in coda per sanità e scuola

Conti pubblici. Nei dati della relazione Bankitalia spendiamo 2 punti di Pil in più della media dell'Eurozona per la «protezione sociale», dominata dalla previdenza, 0,8 in meno per la salute e 0,4 per l'istruzione

Gianni Trovati

ROMA

Le «scelte attente soprattutto dal lato della spesa» sono l'ingrediente centrale del «piano credibile» per realizzare il «graduale e costante miglioramento dei conti pubblici» indicato venerdì da Fabio Panetta. Le tabelle della ricca Relazione che come ogni anno affiancano le Considerazioni finali del Governatore di Bankitalia spiegano il perché: inquadrando un problema che è noto, ma che i dati del confronto internazionale riassunto da Via Nazionale inquadrano con parecchia efficacia.

La questione è sempre quella della spesa troppo elevata e soprattutto troppo rigida indicata solo pochi giorni fa dalla Ragioneria generale nell'audizione sulla riforma della governance economica comunitaria (Sole 24 Ore di venerdì); riforma che assume proprio la spesa primaria netta come perno a cui agganciare i programmi di riduzione di deficit e debito. Idea nobile, ma parecchio critica per un Paese in cui più del 90% delle uscite correnti è cristallizzato nel proprio carattere «inderogabile» come spiegato dal ministero dell'Economia.

All'appuntamento con le nuove regole europee, l'Italia si presenta con una geografia delle uscite pubbliche sbilanciata sul lato della previdenza. Al punto che pur occupando i gradini più alti nella graduatoria continentale per volume complessivo di spesa, Roma finisce in coda quando si guarda a sanità e scuola: voci piuttosto strategiche in un Paese che invecchia a ritmi più intensi della media, e che ha bisogno di nuove politiche familiari per invertire la tendenza.

I numeri non ammettono repli-

che. Unica insieme alla Francia, titolare storica del primato nel peso dell'amministrazione, a registrare una spesa pubblica complessiva superiore al 50% del Pil, l'Italia dedica una cifra pari al 21,9% del prodotto alla «protezione sociale», il capitolo dominato per oltre il 70% dalle pensioni e alimentato poi da sussidi di disoccupazione, aiuti per risarcire la perdita di reddito a seguito di malattia o infortunio e le indennità a favore di famiglie con figli a carico. Nella media dell'area euro, lo stesso filone si ferma due punti sotto, al 19,9% del prodotto.

L'orizzonte però si ribalta quando si guarda, come detto, a sanità e scuola. Nel 2022, ultimo anno di cui finora sono disponibili i dati di scomposizione delle uscite per categoria funzionale (Cofog) che permettono il confronto internazionale, la spesa sanitaria italiana era al 6,9% del Pil, e si confrontava con il 7,7% medio dell'Eurozona, l'8,3% della Germania e l'8,8% della Francia. Nel frattempo una crescita del prodotto nominale superiore a quella del fondo sanitario ha assottigliato ulteriormente la quota di Pil destinata alla salute, che quest'anno è scesa al 6,27% e quindi ai minimi dal 2007.

Il passare del tempo, insomma, allarga questa sorta di spread sanitario con gli altri Paesi, come del resto è accaduto costantemente fra 2008 e 2019 quando il rapporto fra la spesa italiana per la salute e il Pil è rimasto sostanzialmente fermo mentre in Francia e Germania è cresciuto di 0,7 punti (cioè del 9-10%).

Sulla scuola il quadro è analogo. L'impegno pubblico nell'istruzione italiana vale il 4,6% del prodotto interno lordo mentre il resto dell'Eu-

rozona arriva al 5,2%, in un ventaglio dei grandi compreso fra il 4,8% della Germania (dove però il Pil pro capite è decisamente superiore al nostro) e il 5,9% della Francia.

Con un nuovo «Patto» Ue che aggancia i propri vincoli a un limite di spesa primaria, destinato a prendere forma fin dalle prossime settimane, la complicata opera di ristrutturazione del bilancio pubblico non può che partire da qui. Il percorso in realtà è già stato avviato, perché anche a costo di farsi dei nemici nel governo, nella maggioranza e nei loro stessi partiti il ministro dell'Economia e la premier nelle ultime due manovre hanno chiuso quasi integralmente le vie per i pensionamenti anticipati e hanno lavorato parecchio di forbice sulla spesa previdenziale tagliando progressivamente le indicizzazioni degli assegni superiori a cinque volte il minimo (circa 2.100 euro lordi). «Ancora ieri le agenzie ci hanno confermato il rating e quindi vuol dire che stiamo lavorando bene, in mezzo a tante difficoltà e a un mondo che ha delle turbolenze di carattere politico ed economico non banali», ha rivendicato Giancarlo Giorgetti riferendosi alla decisione di venerdì sera di Moody's di lasciare invariato il giudizio Baa3 con outlook stabile assegnato al de-



bito italiano. Ma il lavoro è solo all'inizio, anche perché le nuove regole fiscali Ue andranno incrociate con le misure che il Governo vorrà introdurre o rifinanziare, a partire dal cuneo fiscale e dai tagli Irpef.

Sugli investimenti, invece, l'agenda pare più avanzata, dopo lo stop ai crediti edilizi (153 miliardi di deficit 2020-23 da Superbonus, 175 con il bonus Facciate) che per Bankitalia hanno portato la spesa pubblica per gli investimenti delle famiglie «a un livello 55 volte superiore a quello medio del decennio precedente la pandemia». Ora tocca al Pnrr; che però secondo la stessa Moody's sarà «probabilmente in-

sufficiente a incrementare materialmente il potenziale di crescita dell'Italia e a mettere il debito su una traiettoria discendente più forte e sostenuta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per Moody's (che ha deciso di lasciare invariato il suo giudizio) previsto impatto modesto dal Pnrr



Dietro l'Europa. L'impegno pubblico nell'istruzione italiana vale il 4,6% del prodotto interno lordo mentre il resto dell'Eurozona arriva al 5,2%



Lo rivela una ricerca della School of management del PoliMi: supporto dalle risorse del Pnrr

La sanità digitale? È in salute

Spesa in accelerata a 2,2 miliardi di euro (+22% nel 2023)

Pagina a cura

DI ANTONIO LONGO

Cresce ancora in Italia la spesa per la sanità digitale, che nel 2023 ha raggiunto quota 2,2 miliardi di euro (+22% rispetto al 2022). A spingere gli investimenti delle aziende sanitarie è, soprattutto, la sicurezza informatica, anche grazie alle risorse previste dal Pnrr. Aumenta anche l'interesse per l'intelligenza artificiale. Sono alcuni degli esiti della ricerca curata dall'**Osservatorio Sanità digitale della School of management del Politecnico di Milano**, svolta in collaborazione con **Fiaso** e presentata in occasione del convegno "Sanità Digitale: Trasformare il presente per un futuro sostenibile". «Il nostro Paese è ormai entrato nel cuore dell'attuazione degli interventi previsti per la sanità digitale nel Pnrr», commenta **Mariano Corso**, responsabile scientifico dell'osservatorio. «Il suo impatto sulla spesa per la sanità digitale deve, però, ancora manifestarsi appieno: se per alcune azioni, come quelle relative alla digitalizzazione delle strutture ospedaliere, si è già avuta una forte accelerazione dei progetti, gran parte delle risorse deve ancora essere "messa a terra". Il 63% delle strutture sanitarie, nonostante l'aumento nella spesa complessiva, vede ancora la disponibilità di risorse economiche come la barriera più significativa all'innovazione digitale. Tra gli altri ostacoli maggiormente percepiti troviamo anche quest'anno la limitata cultura per il digitale (43%) e la mancanza di competenze per l'utilizzo degli strumenti (40%),

oltre all'integrazione dei nuovi strumenti con i sistemi informatici già presenti nelle strutture (41%)».

Si punta sull'intelligenza artificiale. L'IA è considerata un valido supporto per gran parte del personale sanitario; infatti, a giudizio del 72% dei medici specialisti e del 70% dei medici di medicina generale si tratta di uno strumento in grado di rafforzare le capacità di accuratezza e personalizzazione delle cure. Inoltre, per il 55% degli specialisti e per il 66% dei medici di medicina generale potrà rendere più sostenibili le attività di monitoraggio di un elevato numero di pazienti cronici. Anche sul fronte dei pazienti, per il 62% dei soggetti coinvolti nella ricerca, se usata con prudenza, l'IA può portare più benefici che rischi e può aiutare il medico nel prendere decisioni più precise e rapide (58%). Tra le preoccupazioni dei medici, invece, emerge il rischio che l'automatizzazione di alcune attività possa condurre a errori (55% degli specialisti e 59% dei Mmg, Medici di medicina generale) e che l'introduzione dell'IA nella pratica clinica possa diminuire il valore del giudizio clinico basato sull'esperienza professionale (53% e 56%). Il 29% degli specialisti, il 34% degli infermieri e ben due terzi dei medici di medicina generale ha utilizzato soluzioni di AI generativa (GenAI) per ricercare informazioni scientifiche.

Priorità agli investimenti in sicurezza informatica. In linea con lo scorso anno, la cybersecurity si conferma l'ambito di innovazione con la priorità più alta per i decisori delle strutture sani-

tarie, anche in conseguenza dell'incremento di attacchi informatici subiti dalle aziende e dalle istituzioni sanitarie negli ultimi mesi. «Si confermano fondamentali, inoltre, la cartella clinica elettronica e i sistemi di integrazione con sistemi regionali e/o nazionali, coerentemente con gli obiettivi di digitalizzazione degli ospedali, abilitati anche degli accordi quadro gestiti da Consp, e di integrazione, definiti dal Pnrr», rileva **Paolo Locatelli**, responsabile scientifico dell'osservatorio.

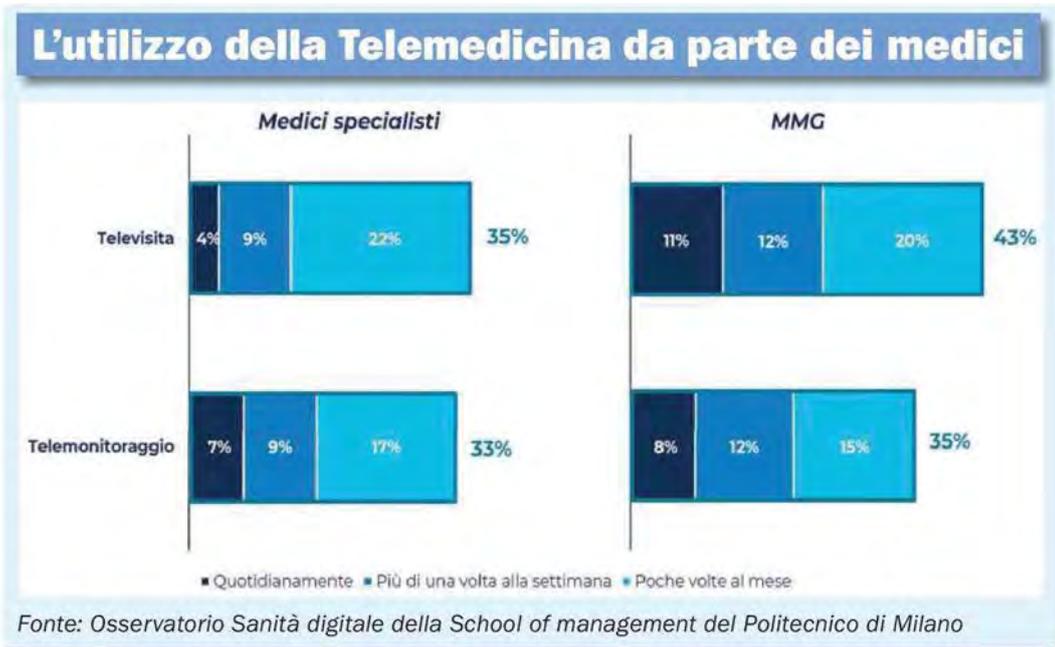
Telemedicina solo occasionale. Ancora limitata, invece, l'erogazione di prestazioni di telemedicina, considerato che tra coloro che hanno già utilizzato la telemedicina, il 62% dei medici specialisti e il 46% dei medici di medicina generale lo ha fatto poche volte al mese. Inoltre, la maggior parte dei medici specialisti utilizza ancora strumenti non dedicati all'uso sanitario per erogare tali servizi e che non sono quindi adeguati allo scambio di dati sanitari, dimostrando quindi una limitata maturità dei servizi erogati dal punto di vista tecnologico. «La maturità dei servizi di telemedicina non dipende solo da fattori strettamente tecnologici ma anche da elementi organizzativi che devono essere sviluppati in modo coerente e organico e che ad oggi presentano lacune rilevanti», spiega **Deborah De Cesare**, direttrice dell'osservatorio. «Infatti, tra coloro che hanno già utilizzato strumenti di telemedicina, solo il 10% afferma che nella struttura sanitaria di riferimento sono stati definiti i ruoli che concorrono all'erogazione dei ser-



vizi e solo il 24% è stato formato sull'utilizzo di queste soluzioni».

Cresce l'utilizzo del Fascicolo sanitario elettronico. Sebbene la disponibilità di informazioni sul Fse sia ancora limitata, aumentano i cittadini che vi hanno fatto accesso (41% contro il 35% rilevato lo scorso anno), anche a fronte di una sempre crescente consapevolezza dei vari attori che entrano in contatto con il paziente e che possono suggerirne l'utilizzo, oltre che a campagne informative mirate. A livello aziendale, in-

vece, una percentuale ancora rilevante di strutture sanitarie non alimenta il Fse con i dati raccolti e spesso, quando queste informazioni sono rese disponibili, sono caricate in formato non strutturato. L'eterogeneità la mancanza di soluzioni di supporto digitale dei processi clinici nelle strutture sanitarie rimane, quindi, un ostacolo rilevante per una piena alimentazione del Fse.



GRAN BRETAGNA

Sanità: coi privati aumenta la mortalità

SILVIA GUZZETTI

Una ricerca recente pubblicata sulla rivista "Lancet" ha messo in evidenza una preoccupante correlazione tra maggiore ingresso dei

privati nel sistema sanitario e mortalità. Ma la tendenza a ridurre la componente pubblica del servizio è condivisa sia dai Tory sia dai laburisti.
A pagina 17

REPORTAGE Viaggio nel modello europeo della medicina finanziata dalle imposte e offerta gratis a tutti. Lunghe liste di attesa anche a Londra

Nel servizio sanitario britannico oggi «più privati significa più mortalità»


SILVIA GUZZETTI

Era una Gran Bretagna diversa quella del 1992, quando chi scrive ebbe bisogno, per la prima volta, del Servizio sanitario nazionale (Nhs). Una Gran Bretagna che ancora credeva e poteva realizzare il sogno del ministro laburista Nye Bevan che lanciò, nel lontano 5 luglio 1948, il primo sistema pubblico organizzato di distribuzione della sanità, finanziato dalle tasse dei cittadini. Un'idea ambiziosissima e, nello stesso tempo, semplice, una vetta di civiltà e costruzione della comunità, il fatto che, con i soldi dello Stato, tutti sarebbero stati curati, i più ricchi pagando, attraverso le tasse, un conto più salato, i più poveri uno meno oneroso.

Un Nhs *free at the point of delivery*, "gratis quando viene usato", che potesse essere un totem rispettato e difeso da tutti, un segno che la "nuova Gerusalemme", un Paese rinato dalle macerie della Seconda guerra mondiale, era possibile. E di questa "terra promessa", che divenne un modello anche per il resto dei Paesi europei, componente fondamentale era la sconfitta delle malattie, insieme a quella di povertà, fame e freddo, ignoranza e mancanza di lavoro, i cinque mali identificati dall'economista William Beveridge, un'altra figura chiave di quell'epoca. Trent'anni fa i pensionati nati e cresciuti nel dopoguerra, i primi a credere nella "nuova Gerusalemme", si facevano un proble-





ma se avevano bisogno di medicine costose, a spese dello Stato, che avrebbero sottratto risorse importanti a chi era più povero di loro. Ricorrere direttamente allo specialista privato senza chiedere, prima, il parere del medico condotto era "anatema", come sperimentò sempre chi scrive. E, per la maggior parte dei cittadini, era impensabile non farsi curare dalla sanità pubblica. Quella a pagamento era quasi inesistente e non veniva neppure considerata. Per non parlare della parte socialista più convinta della popolazione, quella che, anche in anni più recenti, non si sarebbe mai fatta curare privatamente, per una questione di principio.

Le cose vanno ben diversamente oggi, a ottant'anni di distanza dal sogno di Bevan, in un Regno Unito dove pezzi sempre più importanti del sistema sanitario pubblico vengono affidati ai privati. «Il cambiamento più importante che abbiamo visto, in Gran Bretagna negli ultimi vent'anni, è il passaggio dalla gestione pubblica degli ospedali alla privatizzazione», spiega Benjamin Goodair, ricercatore all'Università di Oxford e autore di diversi studi dedicati proprio al Nhs. «È in questo passaggio che il concetto originario di sistema sanitario pubblico viene snaturato, perché la proprietà pubblica del Nhs era una sua componente fondamentale, la sua identità più profonda. Oggi, invece, servizi chiave come la gestione di ospedali, sistema di pulizie o dei pasti vengono affidati a società private. La nuova tendenza a privatizzare è cominciata con i governi dei premier laburisti Tony Blair e Gordon Brown, tra il 2001 e il 2010, ed è stata poi accelerata dai conservatori con il primo ministro David Cameron».

«**E**siste ormai sia tra i Tory sia tra i laburisti - prosegue lo studioso - una fede cieca che il mercato garantisca i risultati migliori e che la competizione tra diverse agenzie faccia scendere i prezzi e risparmiare. Diversi studi, tuttavia, hanno dimostrato che questa rivoluzione del sistema pubblico non ha funzionato e che, dove viene introdotta la privatizzazione, la qualità del servizio erogato peggiora. I privati sono guidati dalla logica del profitto e, di conseguenza, riducono il numero dei dipendenti e risparmiano su ogni aspetto possibile per poter guadagnare». Spiega ancora Goodair nella sua analisi critica dell'attuale assetto del sistema britannico, che ha radiografato in profondità negli ultimi anni con alcuni colleghi: «I privati nella sanità inglese sono anche più disposti a correre rischi, una situazione pericolosa, quando stiamo parlando di salute. Se l'Nhs vuole sopravvivere deve assicurarsi che la logica del profitto e del guadagno venga rimossa dalla gestione della sanità pubblica».

Secundo un'analisi condotta dallo stesso Benjamin Goodair e da Aaron Reeves, pubblicata dalla rivista scientifica *Lancet* e



intitolata "Uno studio osservazionale della privatizzazione del Servizio sanitario nazionale: appalto dei servizi della sanità al settore privato e tassi di mortalità di malattie curabili in Inghilterra tra il 2013 e il 2020", alla privatizzazione del sistema sanitario pubblicobritannico ha corrisposto un aumento dei tassi di mortalità dei pazienti. È interessante anche notare che a essere curate peggio sono malattie dalle quali i pazienti possono guarire, condizioni come disturbi del sistema digestivo e alcuni tipi di cancro, casi nei quali la morte può essere evitata, se viene somministrata la cura giusta.

La ricerca ha esaminato l'impatto dell'Health and Social Care Act 2012, la legislazione introdotta nel 2012 in Inghilterra che ha spinto il Sistema sanitario britannico a trasferire l'erogazione dei servizi dal pubblico ai privati e ha usato, come campione di studio, 173 ambulatori di medici condotti. Tra il 2013 e il 2020 ben 11,5 miliardi di sterline (13,44 miliardi di euro) sono stati spostati dagli ospedali pubblici a quelli gestiti da società private, ma a un aumento dell'1% della privatizzazione ha corrisposto un aumento delle morti che potevano essere evitate dello 0,38%, vale a dire 0,29 morti ogni centomila persone l'anno successivo. Secondo i ricercatori, almeno 557 decessi tra il 2014 e il 2020 sono stati causati, seppur indirettamente, dalla privatizzazione degli ospedali.

Anche se i politici pensano che affidare la sanità pubblica al mercato sia sinonimo di cure migliori e si sia diffusa la convinzione che, mettendo in competizione gli ospedali tra loro, si avranno risultati migliori, quello che succede è che le società private alle quali lo stato affida pezzi del Nhs cercano di massimizzare il loro interesse, scegliendo le cure con le quali riescono a guadagnare di più e i pazienti più facili, spesso quelli più ricchi, con una qualità di vita migliore e che rispondono meglio alle cure. I malati più complicati, quelli più a rischio e che "rendono" meno, vengono lasciati, di conseguenza, al settore pubblico. Gli ospedali pubblici escono sconfitti da questa competizione, non soltanto perché i pazienti più difficili richiedono più tempo ed energie, ma anche perché i medici appena laureati hanno bisogno di imparare il mestiere, mettendosi alla prova con casi meno complessi, e si ritrovano, invece, senza la possibilità di fare quell'esperienza degli inizi indispensabile per la

professione. Ai risultati della ricerca pubblicata dalla rivista *Lancet* hanno dato il benvenuto le associazioni dei medici, come la British Medical Association e la Doctors' Association UK. Attraverso i loro portavoce questi organi professionali hanno sottolineato che sono preoccupati per «l'enorme quantità di soldi che vengono investiti nel privato anziché nel Nhs».

Eppure la tendenza a rendere il settore privato protagonista delle cure garantisce al cittadino

dalla sanità pubblica sembra consolidata e in continua espansione. Oggi nel Regno Unito il 10% dei pazienti ricoverati sono curati da ospedali e medici gestiti privatamente. Al cittadino viene offerta la scelta se andare nell'ospedale pubblico locale o in uno di proprietà di società profit come Spire, Virgin Care o Circle Health Group o di altre società private. E molto spesso sono i privati ad avere la meglio. La scelta di questa strada - la privatizzazione - benché non abbia dato i frutti sperati, per quanto riguarda la qualità delle cure dei pazienti, sembra una via senza ritorno perché viene vista come la soluzione dei problemi del Servizio sanitario britannico sia dai laburisti sia dai conservatori.

Un'alternativa migliore sarebbero più finanziamenti per l'Nhs, che si trova in grave difficoltà in questo momento, se pensiamo che - solo per fare un esempio - alla fine dello scorso novembre nel Nhs England - il sistema sanitario pubblico inglese - vi erano ancora 7,61 milioni di operazioni e terapie da erogare a 6,39 milioni di pazienti in attesa. Quanto agli scioperi di medici e specialisti, che sono ormai una realtà costante nel Regno Unito, hanno un impatto negativo sulle liste di attesa, in aumento già da anni: dai 3 milioni del 2014 ai 4 del 2027, ai 5 del 2021, ai 7 del 2022. Per non parlare della mancanza di letti, di infermieri, di medici e specialisti. E la strada è tutta in salita.

Le prestazioni non sono migliorate, malgrado la ragione dell'apertura alle cure a pagamento sia legata alla presunta maggiore efficienza. Professionisti spesso in sciopero

Una ricerca recente su "Lancet" ha messo in evidenza una preoccupante correlazione. Ma la tendenza a ridurre la componente pubblica del sistema è condivisa sia dai Tory sia dai laburisti



LA GIORNATA

In Italia 10 casi al giorno di sclerosi multipla I nodi: assistenza sul territorio e discriminazioni

Non si vede perché, grazie ai progressi delle cure, non sempre è associata alla sedia a rotelle, come vuole l'immaginario. Tuttavia, non per questo la sclerosi multipla è scomparsa. In Italia ne sono affette 140 mila persone e si registrano 3.600 nuovi casi ogni anno, pari a 10 al giorno. Colpisce soprattutto le persone giovani, tra i 20 e i 40 anni; nei tre quarti dei casi si tratta di donne e ha un impatto dirompente sulla vita: un quinto di chi sta frequentando l'università deve abbandonare gli studi e un terzo accumula comunque ritardi; in molti devono smettere di lavorare, perché la malattia non glielo consente più o perché il luogo di lavoro non si adatta alle sue necessità. Così la malattia ha costi sociali elevatissimi: 6,5 miliardi di euro all'anno, il 40% dei quali legati soprattutto alla perdita di produttività. Sono

alcuni dei dati contenuti nel Barometro della Sclerosi Multipla, documento elaborato da Aism e presentato ieri alla Camera dei Deputati. Il Barometro mostra che negli ultimi anni è migliorata la qualità delle cure delle persone. Tuttavia, restano molte criticità. I centri lamentano carenza di personale, debolezza dei servizi territoriali e sociali, complicazioni amministrative e nella condivisione dei dati clinici. Nel complesso, le difficoltà del servizio sanitario nazionale si riflettono anche sulle persone con sclerosi multipla. Il 35,2% dei malati riscontra ritardi per accedere a risonanze magnetiche, il 24% alle visite di controllo, il 17,5% lamenta la mancanza di servizi territoriali. Inoltre, tra quanti riscontrano problemi nel percorso di cura, il 46,9% lamenta di aver ricevuto in maniera insufficiente o non aver ricevuto

affatto la riabilitazione, il 45,2% il trattamento psicologico, il 39,3% le cure farmacologiche sintomatiche, il 19,6% l'assistenza domiciliare. Resta critico il problema della presa in carico dei malati: il 20% dei malati non riesce a ricevere aiuto e assistenza in casa. Tra chi lo riceve, solo il 17,1% può fare affidamento completamente sui servizi pubblici. Il 39,7% ha un caregiver familiare. Il 55%, al tempo dedicato dal caregiver deve aggiungere quello di personale a pagamento. Intanto il 77% delle persone affette da sclerosi multipla lamenta di essere discriminato in almeno una situazione della vita quotidiana, soprattutto sul luogo di lavoro e nel rapporto con i servizi pubblici. Un fenomeno legato anche della scarsa conoscenza pubblica della malattia. «C'è ancora tanto da fare, ma siamo

determinati a continuare a migliorare la qualità della vita delle persone con sclerosi e dei loro familiari», afferma il presidente di Aism Francesco Vacca.



31 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Bellucci: sottoscritta la Carta dei diritti Aism per i pazienti con sclerosi multipla

“Come esponente di Governo sottoscrivo la Carta dei Diritti promossa dall’Aism, perché è importante ‘aiutare chi aiuta’ le persone con sclerosi multipla e i familiari. Continueremo ad accompagnarvi in questa avventura umana e sociale, dando il massimo di concretezza nella realizzazione dei principi universali della Carta, con la certezza che i diritti reclamati dalle persone con sclerosi multipla sono gli stessi di chi ha un’altra malattia cronica o disabilità”. Così Maria Teresa Bellucci, viceministro del Lavoro e delle Politiche sociali, intervenendo al convegno organizzato da Aism, alla Camera dei deputati, in occasione della Giornata mondiale della sclerosi multipla. “Lavoriamo per una politica che non decida sulle persone, ma con le persone - ha aggiunto -. In questo momento l’incertezza del futuro riguarda tutti, ma chi ha una malattia come la sclerosi multipla affronta quest’incertezza con una profondità di difficoltà maggiore. Quando la malattia entra nella vita cancella quell’idea di onnipotenza che abbiamo, facciamo i conti con la nostra fragilità, la nostra umanità e con la nostra imperfezione. Chi ha la sclerosi multipla ha un compagno che ti prende per mano e che non ti lascia più. Ci uniamo con Aism per portare avanti il diritto a una vita migliore dei pazienti, una vita libera in cui coltivare i propri sogni, andando oltre la malattia. Il Governo è vicino a voi tutti”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

Responsabilità sanitaria, nesso di causalità a due vie

Errori medici

Regole e criteri diversi
da usare nei giudizi penali
e in quelli civili e contabili

Per lo stesso fatto possibile
la condanna al risarcimento
e l'assoluzione dal reato

Rosa Sciatta

Nell'accertamento della responsabilità dei sanitari per *malpractice*, sono differenti le regole probatorie per individuare il nesso di causalità tra danno e fatto illecito che guidano il giudice penale, da una parte, e il giudice civile e quello contabile, dall'altra parte. La dicotomia può portare, quindi, a risultati opposti per lo stesso fatto di *malpractice* a seconda che la responsabilità indagata sia quella penale, oppure quella civile o contabile. A ribadire e a spiegare le ragioni di questa differenza è stata la Corte dei conti, sezione terza centrale d'appello, con la sentenza 127 del 3 maggio 2024.

I giudici hanno affrontato, in sede di appello, un caso di accertamento di danno erariale derivante da *malpractice* medica a carico di due chirurghi che avevano determinato con colpa, in un intervento chirurgico da loro eseguito, la perforazione della parete uretro-rettale del paziente. La Corte dei conti, richiamando due sentenze delle Sezioni unite della Cassazione (19129/2023 e 584/2008), ha affermato che, «in ordine al regime probatorio (...) anche nel caso di accerta-

mento del danno erariale derivato da *malpractice* medica, ai fini della ricostruzione del nesso causale», a differenza dell'ambito penale in cui vige la regola della prova "oltre il ragionevole dubbio", vale la regola della preponderanza dell'evidenza o del "più probabile che non", stante la diversità dei valori in gioco nel processo penale

tra accusa e difesa e l'equivalenza di quelli in gioco nel processo civile e contabile tra le due parti contendenti.

Come spiega la sentenza della Corte dei conti, diversa è la funzione tra i due giudizi: da una parte la responsabilità amministrativa, al pari della responsabilità civile, inserendosi nell'ambito della responsabilità patrimoniale, ha funzione risarcitoria e restitutoria; dall'altra, la responsabilità penale, incidendo sulla libertà personale, ha funzione di prevenire ulteriori reati e di reprimere quello compiuto. «La differente natura dei valori – si legge nella sentenza – che vengono in rilievo nei due giudizi – libertà, nel giudizio penale e patrimonio nel giudizio amministrativo – segna l'essenziale distinzione tra i due processi, connotati da una diversa regola probatoria». Né è possibile, secondo la Corte dei conti, «l'estensione analogica di principi e disposizioni afferenti il processo penale (...) per integrare la disciplina del processo contabile di responsabilità che ha, al pari del processo civile, quale unico oggetto sul quale si riflettono gli effetti della decisione giudiziaria, il patrimonio del soggetto convenuto».

Si tratterebbe infatti di un'operazione ermeneutica «in contrasto con l'articolo 3 della Costituzione, poiché determinerebbe l'estensione di una medesima disciplina a due situazioni – tutela del patrimonio e tutela della libertà personale – sostanzialmente differenti».

Da qui, dunque, emerge che nel giudizio erariale dinanzi la Corte dei

conti, questa può anche affermare la responsabilità del sanitario, nonostante sia stato assolto in sede penale, poiché nel giudizio si può porre a fondamento della decisione «indizi e/o prove raccolte in giudizi celebrati innanzi ad altri plessi giudiziari, ivi comprese le cosiddette prove atipiche, ovvero innominate, anche se non espressamente previste dal Codice di rito», purché venga fornita adeguata motivazione ed evidenziato il percorso logico e giuridico che ha condotto alla decisione.

Con riguardo, poi, «al regime probatorio relativo alla sussistenza del nesso di causalità fra l'evento dannoso e la condotta colpevole (omissiva o commissiva) del medico, va precisato - scrive la Corte dei conti - che, ove il ricorso alle nozioni di patologia medica e medicina legale non possa fornire un grado di certezza assoluta, la ricorrenza del rapporto di causalità non può essere esclusa in base al mero rilievo di margini di relatività, a fronte di un serio e ragionevole criterio di probabilità scientifica.

Può quindi accadere che, per uno stesso fatto di *malpractice* sanitaria, i sanitari vengano assolti o, ancor prima, non indagati per il reato a loro ascritto (lesioni personali o omicidio), ma vengano condannati in sede civile a risarcire il danno patrimoniale e non patrimoniale alla vittima o ai suoi eredi, ed eventualmente condannati, in caso di colpa grave, dalla Corte dei conti a risarcire il danno nei confronti dell'Azienda sanitaria che ha risarcito il danno al paziente danneggiato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





31 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Anaao: formazione medica post laurea emergenza nazionale, la road map per una riforma di qualità

La formazione medica post laurea in Italia è a un bivio. Da un lato, la carenza di personale medico e sanitario, acuita dalla pandemia di Covid-19, rischia di mettere in ginocchio il nostro Ssn. Dall'altro, l'aumento esponenziale delle immatricolazioni alle facoltà di medicina e chirurgia, senza un adeguato incremento dei posti di specializzazione, rischia di creare un esercito di medici senza futuro.



“Il sistema è in affanno - afferma con preoccupazione il Segretario Nazionale Anaao Assomed, **Pierino Di Silverio** aprendo oggi a Roma gli Stati generali della formazione specialistica dei medici e dirigenti sanitari -. Le Università, con il loro monopolio sulla formazione specialistica, non riescono a garantire una formazione di qualità all'intera generazione di futuri specialisti. Il sistema attuale è basato su un inquadramento anacronistico: i medici in formazione sono considerati studenti e non lavoratori, con tutte le conseguenze negative in termini di tutele, retribuzioni e diritti”.

Serve quindi una “svolta epocale”: per questo l'Anaao Assomed, annuncia Di Silverio, propone una riforma strutturale radicale del sistema di formazione medica post laurea in 7 punti:

Contratto di lavoro: trasformare i medici e i sanitari in formazione da studenti a lavoratori, con un vero contratto di lavoro dipendente, a tempo determinato e a scopo formativo, fin dal primo anno.

Ospedale di insegnamento: creare una rete di ospedali di apprendimento ("Learning Hospital") dove i futuri specialisti possano acquisire competenze pratiche attraverso un percorso formativo strutturato e supervisionato da tutor qualificati.

Tutoraggio: rafforzare il ruolo del tutor, figura chiave nel percorso formativo dello specializzando.

Competenze chiare e certificate: definire in maniera chiara e puntuale le attività pratiche che ogni specializzando deve acquisire durante il percorso di formazione, con certificazione telematica delle competenze acquisite.

Formazione teorica e pratica continua: potenziare la formazione teorica a distanza, con l'utilizzo di piattaforme digitali e l'obbligo di partecipazione a corsi di aggiornamento continuo.

Retribuzione crescente in base alle competenze fornite con l'introduzione di un sistema retributivo crescente, con incrementi automatici anno dopo anno;

Certificazione delle competenze: creare un sistema di certificazione delle competenze in tempo reale, basato su un libretto formativo elettronico nazionale e su certificatori terzi sotto un nuovo Osservatorio Nazionale della Formazione medico specialistica con una composizione più rappresentativa e un ruolo più attivo.

“La riforma proposta dall’Anaa Assomed – conclude Di Silverio - è ambiziosa, ma necessaria per garantire un futuro al nostro Servizio Sanitario Nazionale. Solo con una formazione di qualità e un sistema di reclutamento efficiente potremo avere i medici e sanitari di cui il nostro Paese ha assoluto bisogno”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Fiaso: “Dagli specializzandi contributo fondamentale, le aziende parte attiva del processo formativo”

“La modalità di formazione degli specializzandi in Italia di fatto è già cambiata, bisogna prenderne atto. Servirebbe ampliare le reti formative e intervenire con una riforma”. Così il presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere, Giovanni Migliore, interviene a margine dell’incontro sugli “Stati Generali della formazione specialistica dei medici e sanitari” promosso oggi a Roma dall’Anaa.



“Negli anni della pandemia gli specializzandi ci hanno aiutato a gestire l'emergenza sanitaria, acquisendo una straordinaria esperienza, soprattutto nelle aree critiche. Abbiamo riconosciuto il valore del loro lavoro e, con il ‘decreto Calabria’, gli iscritti alle scuole di specializzazione possono partecipare ai concorsi pubblici già dal tredicesimo mese di formazione, per essere poi assunti nel servizio sanitario nazionale. Le nostre aziende, come rileva la survey presentata oggi, hanno immediatamente indetto i concorsi, ma abbiamo avuto solo una timida adesione dei giovani medici”, aggiunge Migliore.

“Sono fermamente convinto che il modo più efficace per formare un giovane medico sia proprio offrirgli la possibilità di lavorare in corsia, con un ruolo ed una responsabilità riconosciuta e commisurata in modo progressivamente crescente alle competenze acquisite - continua Migliore - per questa ragione l'impiego dei medici in formazione specialistica non deve

essere considerato solo uno strumento per superare la carenza di personale sanitario”.

Nella bozza del decreto-legge sulle liste d’attesa, anticipata in questi giorni dai media, si legge la previsione che il monte ore che gli specializzandi possono impiegare all’interno del Ssn come liberi professionisti, sia esteso fino a un massimo di 12 ore e che sia riconosciuta alle aziende la possibilità di somministrare ai giovani medici contratti libero-professionali, anche di collaborazione coordinata e continuativa.

“Accogliamo con favore questa misura e vogliamo essere considerati ancora di più parte attiva del processo formativo, per questa ragione siamo pronti a dialogare e collaborare con le università per individuare le migliori soluzioni per una formazione di qualità che si integri con l’esperienza lavorativa nelle aziende sanitarie pubbliche”, conclude Migliore.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 mag
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Oliveti (Enpam): medici di famiglia, il rilancio della professione passa dall'aggregazione

L'Enpam ha presentato gli sviluppi del progetto Case di comunità spoke alla Società italiana di medicina generale (Simg) nel corso di un incontro avvenuto ieri al ministero della salute.

“Ferma restando la natura individuale della relazione fiduciaria col paziente, l'aggregazione tra medici porta a un maggiore appagamento professionale per i camici bianchi e a un'assistenza qualitativamente elevata per i cittadini”, ha detto il presidente dell'ente di previdenza dei medici e degli odontoiatri, Alberto Oliveti, spiegando i dettagli dell'iniziativa.

Concretamente, l'Enpam ha affidato a un fondo immobiliare il compito di realizzare in tutto il territorio nazionale degli studi professionali idonei per il lavoro in team, dotati di un'interconnessione efficiente (per la telemedicina, il fascicolo sanitario elettronico e le applicazioni dell'intelligenza artificiale) e di tecnologie specifiche per l'assistenza primaria.

Le Case di comunità “spoke”, autogestite dai medici di famiglia e dai pediatri convenzionati con il Ssn, mirano a posizionarsi come vero ed effettivo collegamento di prossimità tra la casa del cittadino, intesa come il primo luogo di cura, e le Case di Comunità finanziate con i fondi del Pnrr.

Il fondo immobiliare che realizzerà le case “spoke” le affiderà ai medici interessati in affitto o in leasing.



Tumore al seno, la nuova cura «Un anticorpo rallenta la malattia»

Curigliano (Ieo) al congresso di oncologia: nei casi con metastasi riduce il rischio di morte

CHICAGO Un nuovo farmaco migliora significativamente la sopravvivenza per alcuni sottotipi di tumore al seno metastatico. A presentare una delle principali novità dell'edizione 2024 del congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), in corso a Chicago, è l'oncologo italiano Giuseppe Curigliano, direttore della Divisione Sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano. Nella sala della sessione plenaria, quella riservata alle ricerche più rilevanti, ci sono circa 20mila specialisti in arrivo da tutto il mondo.

«Gli esiti dello studio Destiny-Breast06 indicano che i benefici ottenuti con il nuovo farmaco *trastuzumab derux-tecan* sono notevoli, mai visti finora e tali da giustificare un cambio della cura standard in tutto il mondo per donne e uomini con un determinato sottotipo di carcinoma mam-

mario», dice Curigliano, ordinario di Oncologia medica all'Università di Milano.

La sperimentazione — di fase tre, l'ultima prima dell'approvazione di una nuova cura — ha arruolato 866 pazienti con carcinoma mammario inoperabile o metastatico con bassa o bassissima espressione della proteina HER2 che sono progredite dopo una prima linea di terapia ormonale.

In queste situazioni, la strategia attuale prevede che, dopo il trattamento ormonale, quando il tumore ricomincia a crescere si prescriva la chemioterapia, che ha però un'efficacia limitata.

L'intento è rallentare, se non fermare, la neoplasia. Un obiettivo che si raggiunge meglio con la nuova cura, come dimostrano i risultati dello studio: «Cala del 38% il rischio di progressione della malattia o di morte del paziente — spiega Curigliano

—: la sopravvivenza media prima che il tumore ricominci ad avanzare è di 13,2 mesi con il nuovo farmaco, rispetto agli 8 dell'attuale chemioterapia standard. Inoltre raddoppiano le risposte cliniche, vicine al 60%: ovvero la cura funziona per molte più persone».

«Che sia un italiano a presentare i dati a Chicago evidenzia, ancora una volta, l'elevata qualità degli oncologi e dei ricercatori italiani — sottolinea Francesco Perrone, presidente dell'Associazione italiana di oncologia medica —. Nel nostro Paese vivono circa 52mila persone con carcinoma mammario metastatico, un numero in costante aumento. Oggi sappiamo che esistono tanti tipi diversi di cancro al seno ed è fondamentale conoscere quale sottotipo si ha di fronte per poter scegliere, fra le tante terapie disponibili, quella più efficace in base al singolo caso».

Un aspetto determinante

anche per il tumore al polmone, che ha avuto ampio rilievo nella sessione plenaria di Asco2024 con due studi (Laura e Adriatic), i cui risultati sono destinati a cambiare l'attuale terapia standard.

«Finalmente vediamo migliorare l'aspettativa di vita per alcuni sottotipi di neoplasie polmonari che non avevano novità da 40 anni o per le quali a oggi ancora mancavano farmaci specifici — commenta Filippo de Marinis, direttore dell'Oncologia toracica all'Istituto Europeo di Oncologia —. Riusciamo a fermare la progressione della malattia e a limitare le probabilità di una recidiva. Per decenni la sopravvivenza media dei pazienti con una forma avanzata di cancro ai polmoni è stata ferma a pochissimi mesi, ora riusciamo a prolungarla anche per alcuni anni in un numero crescente di casi».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

- È in corso fino a domani a Chicago il congresso annuale dell'American society of clinical oncology (Asco)

- È il più grande appuntamento mondiale per l'oncologia, con oltre 40 mila partecipanti da tutto il mondo e circa 5.500 studi presentati: tra questi quello sulla nuova cura per il cancro al seno metastatico



I risultati indicano che i benefici con il nuovo farmaco sono notevoli, mai visti finora e tali da giustificare un cambio della cura standard

Giuseppe Curigliano



Saranno presentate al congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology. È l'anno degli anticorpi monoclonali combinati con chemioterapici, ma anche dei vaccini anticancro a mRNA. Biomarcatori e terapie mirate aiuteranno a personalizzare le risposte

Le nuove cure in arrivo per i tumori

di **Vera Martinella**

Quali sono le novità più importanti per la cura dei tumori? In questi giorni è in corso a Chicago il congresso annuale dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), l'appuntamento mondiale più importante per la comunità oncologica, durante il quale vengono presentate le ricerche scientifiche considerate più rilevanti. Nell'edizione 2024 verranno esposti gli esiti di oltre 5 mila studi ed è possibile farsi un'idea di ciò che di più promettente è in arrivo e che potrebbe migliorare le sorti di tanti malati.

«Sarà l'anno degli *anticorpi coniugati* che hanno dimostrato di cambiare in meglio la cura di molti tipi di tumori che ancora non riescono a essere trattati in modo efficace, come per esempio i carcinomi mammari inoperabili fin dalla diagnosi oppure metastatici, le neoplasie gastriche e vari tipi di cancro con mutazione Her2 — dice Giuseppe Curigliano, direttore della Divisione nuovi farmaci per terapie innovative dell'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. In pratica sono farmaci composti da due parti: un anticorpo monoclonale progettato per riconoscere e legarsi specificamente a un bersaglio ben specifico, presente solo sulle cellule cancerose e non su quelle sane, coniugato a un potente chemioterapico. Questo permette da una parte una grande efficacia terapeutica, perché il chemioterapico trasportato e «sganciato» sul bersaglio da colpire ha una grande potenza distruttiva; d'altra parte, però, la tossicità per le cellule normali (e dunque per l'organismo del paziente) è assai ridotta visto

che la cura è mirata».

Altro grande tema, i vaccini anti-cancro a mRNA: la comunità scientifica ferve e c'è molta attesa per i risultati delle sperimentazione. Al momento sono oltre 40 quelli testati in diverse neoplasie (prostata, carcinoma polmonare non a piccole cellule, seno triplo negativo, colon retto), alcuni dei quali già in fase avanzata di studio, a cominciare dal melanoma, il primo in arrivo.

Innanzitutto una premessa: si chiamano vaccini, ma non rendono «immuni» dal cancro (come quelli anti-influenza o varicella).

Servono ai pazienti con un tumore, non alle persone sane, e per loro rappresentano un progresso importante.

«Sono farmaci che si avvalgono dell'Rna messaggero (mRna), una sorta di “postino” che trasmette importanti informazioni alle cellule — spiega Paolo Ascierto, direttore del Dipartimento di Oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto Nazionale dei Tumori Irccs Fondazione Pascale di Napoli —. Si basano sulla stessa tecnologia adottata per i vaccini contro il Covid, cioè utilizzano mRNA sintetici progettati per “istruire” il sistema immunitario a riconoscere specifiche proteine (*neoantigeni*), che sono espressione di mutazioni genetiche avvenute nelle cellule cancerose. Lo scopo non è prevenire la malattia, ma aiutare e supportare il sistema immunitario dei malati a riconoscere e ad attaccare più efficacemente il tumore. I vaccini antitumorali a mRNA personalizzati sono quindi progettati “su misura” con il fine di innescare il siste-

ma immunitario a uccidere esclusivamente le cellule tumorali in quel paziente e nei pazienti in cui i tumori esprimono la stessa mutazione».

Al centro dell'attenzione ad Asco 2024 ci sono anche i biomarcatori e le target therapy: («terapie mirate») il messaggio per pazienti è familiari è che oggi sapere se un tumore ha o meno una determinata mutazione genetica può fare una grande differenza perché è anche in base a questa informazione che per molti tipi di cancro si decide la cura. In pratica gli oncologi optano per un farmaco o una combinazione di medicinali proprio in base al cosiddetto profilo molecolare della malattia.

«Conoscere le mutazioni del Dna presenti nella neoplasia di un paziente, le caratteristiche molecolari del singolo tumore, è oggi fondamentale per orientare le scelte terapeutiche — chiarisce Saverio Cinieri, presidente di Fondazione Aiom (Associazione italiana oncologia medica) —: le target therapy, infatti, possono essere utilizzate soltanto se nelle cellule tumorali si rileva la presenza di specifici marcatori».

Le stime dicono che circa il 25% dei pazienti potrebbe ricevere una terapia mirata proprio grazie alle analisi genomiche che scoprono le alterazioni molecolari: «Ma in Italia non sempre vengono effettuati i test necessari a individuare la presenza di eventuali geni mutati sia perché in molti casi non sono rimborsati dal Ssn, sia perché servono apparecchiature sofisticate per eseguire questo tipo di analisi, che non sono ancora presenti in tutti i centri oncologici» conclude Cinieri.



Un milione i connazionali del tutto guariti

Trattamenti garantiti anche in Italia grazie al Servizio sanitario

Le statistiche mettono in luce che in Europa, dal 1988 a oggi, i progressi contro il cancro hanno salvato più di 6 milioni di vite. Negli Stati Uniti la mortalità oncologica è diminuita del 33% e sono stati oltre 4 milioni i decessi per tumore evitati.

«Risultati ottenuti grazie alla combinazione di più fattori: riduzione del fumo di sigaretta e maggiore attenzione agli stili di vita sani, più diagnosi precoci grazie agli screening, terapie sempre più efficaci e multidisciplinarietà» sottolinea dal congresso americano di oncologia di Chicago (Asco) Francesco Perrone, presidente di Aiom (Associazione Italiana Oncologia Medica). Così, anche in Italia, per molti tumori la mortalità cala

e sempre più persone guariscono o convivono con la malattia per tanti anni. I numeri: in 13 anni (2007-2019), in Italia, sono state evitate 268.471 morti oncologiche. «La mortalità è stata più bassa di quanto ci aspettavamo — dice Perrone —. Un traguardo importantissimo, raggiunto grazie al fatto che il nostro Ssn garantisce le cure migliori a tutti. Così oggi un milione di italiani è completamente guarito dal cancro e il nostro Paese fa registrare in tutta Europa il più alto numero di donne vive dopo la diagnosi in rapporto alla popolazione».

Bisogna andare all'estero per ottenere terapie più innovative, migliori rispetto a quelle proposte nei nostri ospedali? «No, non è necessario superare i confini nazio-

nali per ricevere terapie d'avanguardia — risponde Perrone —. La quasi totalità delle sperimentazioni presentate ad Asco è disponibile anche da noi e non è raro che siamo fra gli autori principali dello studio».

Abbiamo un patrimonio rilevante in ricercatori e ospedali di altissimo livello, che hanno sviluppato ricerche importanti e cambiato gli standard di cura in tutto il mondo, ma urgono soluzioni per alcuni aspetti organizzativi. «I tempi per l'accesso ai nuovi farmaci sono troppo lunghi: i nostri pazienti attendono in media 14 mesi per poter essere trattati con terapie innovative già approvate a livello europeo per questo vorremmo collaborare con

l'Agenzia Italiana del Farmaco per definire nuovi modelli per l'accesso precoce a medicinali che hanno un impatto significativo sul miglioramento della sopravvivenza e della qualità di vita. Sono quei trattamenti che in America definiscono *breakthrough* (cioè una svolta) e che rappresentano un importante valore aggiunto rispetto alle alternative terapeutiche disponibili».



Un'immagine del congresso dell'American Society of Clinical Oncology (Foto: ASCO/ Nick Agro 2023)



L'INTERVISTA

Marco Trabucchi

“L'Alzheimer non deve essere un tabù bisogna superare la paura della diagnosi”

Lo psichiatra: “Non esiste ancora una cura, ma la ricerca sta facendo degli sforzi enormi
Contro la malattia sono importanti socialità e cene con gli amici: meglio il colesterolo che la solitudine”

STEFANO MANCINI

Colpisce gli anziani privandoli della memoria. Un pezzo alla volta svaniscono nomi, volti, ricordi, ma anche informazioni pratiche, senso dell'orientamento, abitudini della vita di tutti i giorni. Si chiama morbo di Alzheimer e con l'aumento dell'età media in Italia è diventato un'epidemia da oltre un milione di pazienti. Ma i dati ufficiali sottostimano il fenomeno: «Molte famiglie tendono ancora ad aver paura della diagnosi e a nascondersi, così non entrano nelle statistiche. La stessa parola Alzheimer incute timore», spiega Marco Trabucchi, psichiatra, docente universitario e per oltre vent'anni alla guida dell'Associazione Italiana di Psicogeriatrica.

Professore, che cos'è esattamente l'Alzheimer?

«È una malattia del cervello che poi prende tutto l'individuo e lo rende progressivamente incapace di avere rapporti con il proprio ambiente. La perdita della memoria e della capacità di progettare portano il paziente a isolarsi

dal resto del mondo».

In quale momento una famiglia deve cominciare a preoccuparsi?

«Quando dice di uno dei suoi componenti “non è più lui”, “era curato e gentile, adesso è trasandato e aggressivo”. Il soggetto comincia ad accorgersi che qualcosa non va quando perde l'orientamento e non riesce a tornare a casa. È una delle situazioni che più disturbano, assieme alla progressiva perdita di ricordi. Sono situazioni dolorose a cui si somma la sofferenza della famiglia».

Esiste una forma di prevenzione?

«A livello farmacologico no, ma ci sono tre cose che un paziente dovrebbe fare: primo, movimento fisico di ogni genere. Poltrona e tv vanno cancellati. Secondo: controllo delle altre malattie, se uno per esempio ha il diabete, deve curarsi. Terzo, non rinunciare a vivere e mantenere interessi e legami. Se uno è colto deve continuare a leggere libri e giornali, se non lo è bisogna che accentui le relazioni con l'ambiente esterno e le persone, che vada a mangiare fuori con gli amici, perché le stimolazioni vitali contano più del colesterolo. È importante il controllo dei parametri biologici, ma il senso della vita insieme vie-

ne prima del resto».

Lei una volta definì “santi” i familiari che si occupano dei malati.

«Glielo confermo: in senso laico, è il termine più preciso per descrivere il loro impegno. Senza alcun compenso trascorrono fino a una giornata intera dal proprio caro, che non sempre è in grado di mostrare riconoscenza o vicinanza. A volte sopravviene l'apatia: la persona non mostra apprezzamento per quanto si fa per lei».

C'è un caso che ricorda con particolare emozione?

«Una signora molto anziana aveva una demenza in fase iniziale. Su richiesta della famiglia andavo una volta a settimana a visitarla. Lei mi aspettava senza probabilmente sapere che ero un medico, ma incontrare una faccia che le sorrideva, le era diventata familiare e la visita era una terapia. Dissi alla famiglia che non era necessaria la mia presenza settimanale, ma quelli si opposero: “No, per favore venga perché mamma l'aspetta”. Per un medico è il massimo: significa unire competenza



LA STAMPA

tecnica e capacità umane». **Lei ha contribuito con Laura Calzà al libro: «Le parole che non ti aspetti». Qual è il messaggio?**

«Ci sono tante tematiche che non siamo abituati a considerare nell'Alzheimer. Nel libro scriviamo di abbandono, discriminazione, solitudine, dolore. C'è il rischio che un paziente affetto da demenza sia considerato in maniera marginale, come è accaduto nel periodo del Covid, forse in quel momento era giusto così. Altra parola è il dolore. Se il paziente una volta si lamentava e si agitava perché

non riusciva a descrivere il dolore, gli davano sedativi, creando situazioni gravissime. Oggi il dolore viene capito di più e quindi affrontato con gli antidolorifici».

A che punto è la ricerca di cause e cure?

«Una volta sono stato troppo ottimista e ho sbagliato, quindi sui tempi preferisco non azzardare previsioni. Però c'è una massa tale di studi e di finanziamenti che prima o poi i risultati si vedranno». —

La terapia

Enormi risorse sono dedicate alla ricerca di una cura. Non so quando, ma la troveremo

Attività fisica

Poltrona e tv vanno aboliti: fare moto, leggere e curare le relazioni con ambiente

I farmaci giusti

Il dolore sia curato con antidolorifici e non con sedativi. L'Alzheimer ha le stesse esigenze

55 milioni 600 mila

Le persone affette da demenza nel mondo per l'Oms

Gli anziani colpiti da Alzheimer secondo le stime dell'Iss in Italia



L'INTERVISTA

Paolo Anibaldi

Il primo chirurgo italiano senza gambe “Volevo fare il pilota, devo tutto a un amico”

“A 17 anni l'amputazione, mi sono laureato grazie a un compagno. Da allora ho eseguito 8 mila interventi”

PAOLORUSSO

«**I**niziate medicina per passione non per il miraggio del guadagno facile».

A lanciare l'appello ai giovani che proprio in questi giorni si sono cimentati nei test di accesso alla Facoltà non è un camice bianco qualsiasi ma Paolo Anibaldi, il primo chirurgo in Italia, il terzo al mondo, ad aver operato migliaia di pazienti, pur avendo perso da ragazzo l'uso delle gambe. Una carriera che dalle sale operatorie l'ha poi portato a ricoprire importanti cariche di direzione sanitaria. A dimostrazione che nel nostro bistrattato Ssn solidarietà e inclusione sono ancora dei valori nei quali poter continuare a credere.

Quando ha perso l'uso delle gambe?

«È avvenuto tutto all'improvviso a causa di un angioma midollare che mi colpì quando avevo solo 17 anni».

Come vide il suo futuro allora?

«Lì per lì non riuscivo nemmeno a capire cosa fosse successo, anche se all'inizio tutto era mitigato dalla speranza di poter tornare a camminare. Che si affievolì con il passare dei giorni. Però la gara di solidarietà intorno a me è iniziata già allora. Ovviamente sentivo tantissimo il supporto di genitori, zii e di mio fra-

tello più piccolo. Ma se oggi sono arrivato dove sono arrivato lo devo anche al sostegno dei miei amici del tempo, che sono rimasti tali ancora oggi».

La vocazione medica le è nata in quel momento?

«A dir la verità la mia prima ambizione era quella di diventare un pilota aereo. Ma ben presto mi resi conto che senza l'uso delle gambe era uno sogno impossibile da realizzare. Quella di fare il medico fu una scelta alternativa. Che poi ha però riempito la mia vita».

All'Università è filato tutto liscio? Cosa gli dicevano i suoi compagni di corso?

«I compagni di corso sono stati splendidi. In particolare Pino, il mio amico del cuore che purtroppo oggi non c'è più. Lo devo a lui se mi sono laureato perché di ostacoli ne ho incontrati. Molte delle aule e dei laboratori erano inaccessibili in carrozzina. Osservare i reperti istologici nei vetrini era un'impresa. Superata grazie ai miei compagni e alla professoressa che mi spostava il microscopio per permettermi di vedere. Ho visto tanta solidarietà intorno a me, anche se ricordo un professore, che dopo avermi dato 30 osservandomi le gambe, disse che non sarei mai diventato medico».

Come è andata avanti poi la sua carriera?

«A fine anni '80 era ancora ob-

bligatorio il tirocinio pre-laurea che feci all'Ospedale di Rieti. Lì presi la più grande cotta della mia vita. Quella per la chirurgia. All'inizio fu tutto un arrangiarsi. Con delle postazioni che definirei 'accroccate' andavo al tavolo operatorio seduto su sgabelli alzabili come quelli del dentista. Poi l'incontro della svolta. Quello con un artigiano, Ivano Amici, che mi disse: “Ma scusi non sarebbe più comoda una sedia che può alzarsi e consentirle di mantenere una posizione eretta?”. Certo, gli dissi, ma non credo esista. Dopo pochi giorni ne costruì una che riusciva ad alzarmi con dei pistoni ricavati da una Fiat Punto, pensi lei. Con quella ho lavorato dal 1997 al 2016. Poi sono arrivate le sedie di produzione industriale del tutto sovrapponibili a quelle create da un geniale artigiano venti anni prima».

Cosa vuol dire operare senza l'uso delle gambe?

«Grazie alla tecnologia, che ha supplito totalmente alla disabilità, non ho mai avuto inconvenienti. Anche perché pur non muovendo le gambe sapevo muovere bene le mani. Praticamente abitavo in ospedale. Ho eseguito 8 mila interventi, dei quali quasi 1.900 da primo operatore».

C'è stato qualche paziente che si è mostrato perplesso ve-



dandola su una carrozzina?

«I pazienti sono più informati di quel che immaginiamo. Vogliono un chirurgo bravo. Con o senza gambe. Ho sempre percepito tantissima fiducia».

Da chirurgo poi è passato a dirigere gli ospedali...

«Sì, ho voluto mettere la mia esperienza al servizio di comunità più ampie. Nel 2017 ricoprendo il ruolo di direttore sanitario all'ospedale di Rieti, poi al sant'Andrea di Roma e ora al Mater Hospital di Olbia, che è una struttura privata ma che opera in convenzione per il pubblico».

Cosa direbbe ai giovani, con o senza disabilità, che si apprestano oggi a iniziare medicina?

«Di fare una scelta passionale, senza pensare al guadagno. Ai soldi io non ho mai pensato. Tanto che non ho operato una volta privatamente. Gli consiglierei di intraprendere quelle specialità, come l'emergenza urgenza, che renderanno poco in libera professione ma dove ci si forma più che altrove. Ai giovani auguro professori che già prima della specializ-

zazione li formino in base alla vocazione anziché allo spirito imprenditoriale». —



“

Un artigiano mi costruì una sedia per rimanere eretto sfruttando i pistoni di una Fiat Punto



TELETHON, SUI FARMACI RARI SI VA OLTRE LA RICERCA

È la prima fondazione no profit autorizzata a commercializzare medicine/trattamento in cui le aziende private non investono. Pasinelli: «Gli italiani ci sostengono con continuità»

di GIUDITTA MARVELLI

Un bilancio ultratrentennale con numeri importanti, tra cui spiccano quasi 700 milioni investiti in ricerca e più di 1.700 ricercatori finanziati. E un nuovo impegno su un fronte inesplorato: la commercializzazione di farmaci molto sofisticati.

Così Telethon, la Fondazione nata nel 1990 per iniziativa di un gruppo di pazienti affetti da distrofia muscolare, arriva all'appuntamento con la destinazione del 5 per mille. Quella firma sulla dichiarazione dei redditi che consente di destinare una parte della propria Irpef a soggetti *no profit* di varia natura. «Le donazioni non diminuiscono. E sono sempre di più le persone che ci seguono», dice Francesca Pasinelli, direttore generale. Che poi spiega il nuovo traguardo raggiunto recentemente. «Telethon è la prima organizzazione *no profit* che si fa carico della commercializzazione di alcune terapie. Un passo impegnativo, ma molto importante». Tutto inizia l'anno scorso quando l'azienda farmaceutica anglo-statunitense Orchard Therapeutics, titolare di un farmaco per la terapia genica per l'immunodeficienza Ada-

Scid (nota come la malattia dei «bambini bolla») ha annunciato di non voler più investire in questo campo. «Una scelta com-

prendibile — commenta Pasini — perché le aziende private devono fare bene i conti». Tele-

thon, a cui si deve la ricerca per questo farmaco, si è proposta per raccogliere il testimone e dopo il parere positivo dell'Ema, l'agenzia europea del farmaco, e l'approvazione della Commissione europea, l'avventura è iniziata. E adesso si parte con un secondo progetto per la cura della sindrome di Wiskott Aldrich, che deve ancora ricevere il via libera di EmA e Fida (l'agenzia del farmaco americana) di cui, spiega Pasini, saremmo alla fine i primi titolari. «In tutti e due i casi si tratta di terapie molto sofisticate e molto costose che vengono somministrate solo negli ospedali», spiega Pasini. Quindi metterle in commercio significa entrare in un mercato molto particolare, dove in Italia il cerchio si chiude con il rimborso da parte delle Regioni alle strutture sanitarie che le acquistano.

Le opzioni

In tutti e due i casi «pilota» la cura consiste nella «correzione» di cellule che vengono poi re-infuse nei pazienti: sono quindi medicine/trattamento, non farmaci tradizionali. «Abbiamo una piattaforma di ricerca per cinque diverse malattie che rispondono a questo tipo di trattamento. E se non si trova un partner industriale, possiamo farcene carico noi», spiega Pasinelli. Commercializzare un farmaco significa anche assumere figure professionali che possano garantire sulla qualità del prodotto, che viene



L'ECONOMIA

messo a punto da un'officina di produzione a cui viene commissionato da Telethon. «Si tratta di un modello decisamente più sostenibile per aumentare le chance di cure alla portata di tutti per queste malattie molto rare. Perché mentre un'azienda farmaceutica deve mettere in conto anche di rientrare dai costi della ricerca, per Telethon la ricerca è il core business ed è finanziata, sostenuta e ripagata dalle donazioni degli italiani», dice Pasinelli.

I numeri di Telethon, considerando le statistiche tra il 1991 e il 2023, parlano appunto di 698 milioni di euro investiti

in ricerca, 637 malattie rare studiate e poi il finanziamento di 3.024 progetti, 252 enti di ricerca e 1.771 ricercatori a cui si aggiungono 15.596 pubblicazioni totali. Ma come sta la ricerca in Italia? «Penso che adesso il Pnrr abbia dato una bella spinta ad un argomento su cui il dibattito pubblico nazionale non è mai molto assiduo». Il problema sarà dopo: quale strategia abbiamo per tempi in cui ci saranno meno soldi in circolazione? «Nel nostro Paese c'è un po' questa mancanza di visione a lungo termine su un'attività, quella della ricerca scientifi-

ca, che invece è in grado di creare molto valore», conclude Pasinelli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Bilanci Francesca Pasinelli, direttore generale di Telethon. Dal 1991 al 2023 l'istituto ha investito 698 milioni in ricerca



LA NUOVA FRONTIERA
DELLA RICERCA
PER COMBATTERE
I «SUPER-BATTERI»

Sorbi a pagina 17



Guerra ai super batteri

Antibiotici inefficaci entro il 2050. La sfida nel centro di ricerca di Firenze: test rapidi contro la farmaco-resistenza. I risparmi: 2 miliardi

Maria Sorbi

nostro inviato a Firenze

C'è una data di scadenza inquietante sulle confezioni dei nostri antibiotici: è il 2050. Da quel momento in poi non faranno più effetto contro le infezioni. I batteri saranno più intelligenti di loro, noi più resistenti. E l'Istituto superiore di sanità stima che i morti potrebbero essere 10 milioni all'anno in tutto il mondo. Scenari da catastrofisti? No. Per niente.

Già oggi l'Italia conta 11 mila morti all'anno per antibiotico resistenza. E nel mondo i casi di infezioni sono saliti dai 685.400 nel 2010 agli 801.500 nel 2020. Senza mezzi termini, gli esperti parlano di una pandemia silente.

«L'8% dei pazienti ricoverati negli ospedali contrae un'infezione» rileva Pierangelo Clerici, presidente dell'associazione Microbiologi clinici italiani. E questo comporta non solo rischi per la vita ma anche costi enormi per la sanità: 2,7 milioni di ricoveri per un costo diretto di circa 2,4 miliardi di euro.

La ricerca di nuovi far-

maci (circa 250 quelli in fase preclinica) va a rilento e non porterà risultati prima di dieci anni. Per tamponare l'emergenza si punta quindi, prima ancora che su antibiotici intelligenti, su una diagnostica più rapida e su un uso mirato degli antibiotici. A cominciare da quelli ospedalieri. Proprio per evitare che vengano prescritti in modo inappropriato, insegnando al fisico a maturare resistenza.

Risultati interessanti arrivano dal nuovo polo di ricerca di bio-Mérieux a Bagno di Ripoli (Firen-

ze). Nella sede della multinazionale francese lavorano 310 persone, ci sono laboratori di ultima generazione, una camera semi anecoica (per i test di compatibilità elettromagnetica sugli strumenti): e si lavora ai prototipi dei mac-



il Giornale

chinari da fornire agli ospedali. Serviranno a effettuare test sulle infezioni più gravi, da quel-

le respiratorie alla meningite. Basterà un'ora per individuare i batteri e l'antibiotico giusto da somministrare al paziente. L'obiettivo è arrivare a ridurre i decessi del 30%. Cioè salvare 3.300 persone all'anno in Italia. E dare, innanzitutto, tutto, più vi-

ta agli antibiotici attuali.

In Italia non vengono effettuati pochi test: «Forse se ne fanno anche troppi - sostiene Clerici - ma, in circa un caso su due, in modo

inappropriato, quando invece sarebbe necessaria una gestione dell'infezione più ragionata e tradizionale. Altra problematica da affrontare è la carenza di personale qualificato: nonostante le nuove tecnologie abbiano automatizzato le analisi sul campione biologico, servono competenze microbiologiche per interpretarle. L'accelerazione tecnologica è più rapida della formazione dei professionisti».

Oltre a una gestione più intelligente delle infezioni all'interno degli ospedali, è necessario cambiare le abitudini anche nei confronti delle infezioni comuni. A cominciare dai medici: ci sono ancora pediatri che prescrivono l'antibiotico ai bambini anche per un raffreddore, senza verificare se sia di origine batterica o meno. Molte persone, nonostante la pandemia, buttano giù antibiotici come caramella anche quando la malattia è virale. E poi, sostiene Clerici, le case italiane soffrono di

una sindrome: quella dell'armadietto delle medicine. Da cui si pesca a caso, memori della bronchite dell'anno prima, o per finire la scatola iniziata. Abitudini da correggere il prima possibile in nome di cure mirate e non casuali.

Solo cambiando approccio potremo mantenere intatta l'efficacia degli antibiotici e scongiurare il rischio di trovarci, nel 2050, senza armi per difenderci dall'attacco dei nuovi batteri.

30%

La riduzione dei morti per antibiotico resistenza a cui si punta grazie ai nuovi test bioMérieux. In Italia oggi i decessi per infezioni da resistenza ai farmaci sono 11mila. L'8% dei pazienti ricoverati in ospedale ne contrae una

2,4

Miliardi di euro il costo per gestire i ricoveri per infezioni da antibiotico resistenza. Una cifra che potrebbe essere ridotta con diagnosi più veloci e con cure più mirate per individuare infezioni respiratorie o meningiti



31 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

S
24

Antibiotici, è l'ora della "stewardship antimicrobica" che punta a -30% di decessi. bioMerieux: 9 mln investiti sul Polo hi-tech in Italia. Barni (Confindustria Dm): nuova governance pro sostenibilità

di B. Gob.

«Abbiamo scelto di investire nove milioni di euro nell'apertura di un nuovo hub denominato Innovation Power House, dedicato alla ricerca e allo sviluppo di soluzioni contro le malattie infettive e l'antibiotico-resistenza». Così Stathis Chorianopoulos, Vice President & General Manager, Adriatic bioMerieux Italia, presenta il nuovo stabilimento di tre piani, polo di ricerca e sviluppo che la multinazionale bioMerieux ha appena inaugurato a



Bagno a Ripoli, in provincia di Firenze. L'obiettivo è potenziare con test resi disponibili da macchinari innovativi la lotta contro l'antibiotico-resistenza, la "pandemia silente" responsabile di 5 milioni di decessi diretti e indiretti nel mondo, di 35mila morti in Europa e di 11mila decessi solo in Italia, maglia nera nella Ue per la casistica di casi e decessi dovuti ai super batteri diventati resistenti agli antibiotici. Un investimento che si tradurrà anche in un potenziamento delle risorse umane: «Oggi impieghiamo 310 persone e grazie a questo investimento - prosegue Chorianopoulos- si prevede un incremento del 10% circa dei collaboratori, grazie a una riorganizzazione interna delle linee produttive e degli spazi di ricerca e sviluppo, che potranno avvalersi della strumentazione più all'avanguardia».

Nel dettaglio, all'interno della Innovation Power House è stata realizzata una camera semi-anecoica che permette di effettuare prove di compatibilità elettromagnetica sugli strumenti in fase di prototipazione e sviluppo, una camera climatica usata per simulare le condizioni ambientali alle quali i sistemi elettronici possono essere sottoposti durante l'uso normale oltre a un laboratorio biologico. «Questo laboratorio - prosegue Chorianopoulos - è fondamentale per poter ottimizzare lo sviluppo degli strumenti di diagnostica in vitro integrando i campioni biologici il prima possibile nella fase di design, con l'obiettivo di ridurre il rischio di problematiche durante la fase finale di validazione. Tutte le attrezzature all'avanguardia presenti nel reparto di Ricerca e Sviluppo dell'Innovation Power House sono ormai fondamentali per il reparto di R&D per velocizzare la creazione dei prototipi e rendere lo sviluppo più agile. Poter fare la maggior parte delle prove direttamente nei nuovi laboratori interni all'azienda consentirà di velocizzare lo sviluppo rendendolo più autonomo». Nel nuovo polo di Bagno a Ripoli bioMerieux ha inoltre portato la produzione - che è solo qui in Italia e negli Usa - di Vitek MS Prime, sistema di diagnostica di ultima generazione basato sulla spettrometria di massa che consente di individuare rapidamente le specie microbiche

presenti in un campione biologico.

L'appello di Confindustria Dm per una nuova governance. «Il nostro compito come associazione di industriali è supportare quelle aziende che come bioMerieux puntano sull'Italia - avvisa Nicola Barni, presidente di Confindustria Dispositivi Medici (Dm), intervenuto all'inaugurazione del polo di ricerca e sviluppo -. Occorre puntellare quattro pilastri: ricerca, innovazione, contesto favorevole agli investimenti e politiche sanitarie adeguate. Bisogna sostenere tutte le aziende che in Italia vogliono fare ricerca, che generano Pil e creano forza lavoro, rendendo il Paese dinamico e attrattivo».

I dispositivi medici hi-tech, per contrastare quella che è stata inserita dall'Organizzazione mondiale della sanità tra le principali minacce per la salute pubblica, vanno impiegati nell'ottica della "stewardship antimicrobica", come la chiamano gli esperti: quel complesso di interventi mirato a ottimizzare l'uso degli antibiotici, riducendo al contempo la diffusione della resistenza. Anche perché la prevenzione non è più sufficiente: anche in Italia davanti a un 8% dei ricoverati in ospedale che si infetta, alle buone pratiche come il sacrosanto lavaggio delle mani - tutt'ora in parte disatteso - deve affiancarsi un approccio proattivo. «Siamo al punto che per contrastare l'avanzata dei 'super-microbi', batteri e funghi che hanno imparato a resistere a molti dei trattamenti oggi disponibili, abbiamo bisogno di ricorrere a strategie diagnostiche innovative e all'avanguardia, che consentano di individuare in tempi rapidi farmaci in grado di sconfiggerli - spiega Pierangelo Clerici, presidente dell'Associazione microbiologi clinici italiani (Amcli) - . Secondo le nostre stime con questi nuovi test diagnostici si potranno ridurre i decessi di oltre il 30%».

Al risparmio di vite umane si sommerebbe, dato di non poco conto, minori esborsi per miliardi. Se solo si pensa, come riferisce Gian Maria Rossolini, ordinario di Microbiologia e Microbiologia clinica a Firenze e direttore di Microbiologia e Virologia a Careggi, che «in Italia ammontano a circa 2,4 miliardi per anno i costi diretti, a fronte di 2,7 milioni di ricoveri per antibiotico-resistenza stimati».

Cifre che già oggi minacciano i servizi sanitari di tutto il mondo e l'Italia non fa eccezione. «Siamo arrivati a un punto di non ritorno del sistema sanitario - torna ad avvisare Barni -: o si fa un nuovo patto, una sorta di costituente come quella del 1978, altrimenti il Servizio sanitario nazionale così come è stato impostato diventa non più sostenibile. Dobbiamo lavorare a una nuova governance anche dei dispositivi medici che significa riorganizzare il tutto per patologia, tenendo in considerazione il percorso-paziente dalla prevenzione alla diagnosi fino al trattamento e al follow-up, abbandonando la logica per silos. Allora anche i 2,4 miliardi di costi all'anno per l'antibiotico-resistenza stimati in Italia diventano sostenibili».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 mag
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Melanoma, con “super-immunoterapia” di tre farmaci la sopravvivenza arriva al 72% nei casi gravi

di Paolo Ascierto*

Gli studi sull'immunoterapia contro il melanoma non si fermano. Ad aprire una nuova frontiera è lo studio RELATIVITY-048 che ha sperimentato una “superimmunoterapia” composta da tutti e tre i farmaci immunoterapici contemporaneamente invece di due, come avvenuto finora. Il tris è composto da nivolumab, relatlimab e ipilimumab, tutti inibitori del checkpoint immunitario, in grado cioè di togliere i “freni” al sistema immunitario contro il melanoma, che porta la percentuale di sopravvivenza dei pazienti con melanoma avanzato, seguiti per più di 4 anni, a ben il 72%. Più del 20% di quanto farebbero i farmaci somministrati da soli o in coppia. Il lavoro è stato coordinato dal mio gruppo di lavoro della Fondazione Melanoma e del Pascale, in collaborazione con le università di Zurigo, di Aix-Marseille, di Losanna, di Oxford e del The Sidney Kimmel Comprehensive Cancer Center della Johns Hopkins Medicine. I risultati preliminari sono stati presentati oggi al congresso ASCO (American Society of Clinical Oncology) in corso a Chicago. Preliminari – il nostro studio ha coinvolto solo 46 pazienti con melanoma avanzato e di età media pari a 61 anni – ma non per questo meno incoraggianti, dal momento che riguardano



pazienti con forme di melanoma avanzato inoperabile, con presenza anche di metastasi epatiche e cerebrali, quindi con una prognosi piuttosto sfavorevole.

Nel nostro studio la “tripletta” di immunoterapici si è dimostrata promettente, ottenendo circa il 60% di risposte e merita certamente di essere indagata in studi clinici più ampi. I pazienti hanno ricevuto la tripla combinazione di nivolumab, relatlimab e ipilimumab per una durata media di 5 mesi e sono stati poi seguiti in media per 49,4 mesi. Abbiamo registrato un tasso di sopravvivenza alla malattia del 72% a 4 anni, superiore a quello osservato con altri regimi terapeutici che prevedono la somministrazione di due immunoterapici. Nel 20% dei pazienti abbiamo registrato una remissione completa. Anche i dati sulla sicurezza del trattamento sono molto incoraggianti. Sorprendentemente, la tossicità è quasi sovrapponibile a quella del trattamento in combinazione di due immunoterapici, ipilimumab-nivolimab, e non sono emersi ulteriori eventi avversi.

**Presidente Fondazione Melanoma*

Direttore dell'Unità di Oncologia, Melanoma, Immunoterapia Oncologica e Terapie Innovative dell'Istituto Pascale (Napoli)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

31 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

NOTIZIE FLASH

S
24

21 Invest: parere positivo del Comitato Ema per il farmaco orfano Akantior

Il gruppo 21 Invest, fondato e guidato da Alessandro Benetton, che investe in imprese del mid-market in Italia, Francia e Polonia, annuncia l'arrivo del parere positivo del Comitato per i medicinali per uso umano dell'Ema, che raccomanda l'approvazione del farmaco orfano Akantior, unica cura al mondo per il trattamento della cheratite da acanthamoeba, malattia oftalmica rara gravemente invalidante che porta alla cecità. Il farmaco è stato sviluppato da Sifi che ha raggiunto un fatturato di circa 100 milioni di euro nel 2023, con ricavi provenienti per il 65% dall'estero. "Sifi è un gioiello del Sud Italia in cui crediamo fin dal 2015 - commenta Alessandro Benetton -. Sappiamo che sostenere un'azienda nella ricerca di un farmaco orfano per un periodo così lungo va al di là di ciò che è normalmente richiesto ad un fondo d'investimento, ma sono queste le azioni che contraddistinguono il nostro approccio alla crescita delle società in cui investiamo". Negli ultimi 10 anni, le aziende in cui 21 Invest ha investito hanno registrato un aumento del fatturato di circa il 70% e la forza lavoro è incrementata di circa 6mila dipendenti.



© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 mag
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Salute mentale/ Sip: Intelligenza artificiale ancora lontana dalla pratica clinica

Si fa presto a dire “dr. IA”, ma la verità è che oggi non esistono algoritmi di intelligenza artificiale che possono essere implementati nella pratica clinica. Hanno ancora troppi difetti che, di fatto, li rendono poco affidabili e potenzialmente pericolosi. Gli algoritmi restano per il momento adatti a essere utilizzati in contesti sperimentali e accademici. Questo non significa che l’Intelligenza artificiale non sarà mai pronta, ma solo che c’è ancora tanta strada da fare. Temi fondamentali e cruciali per il futuro che sono stati discussi durante il congresso nazionale della Società Italiana di Psichiatria, che sta celebrando i suoi 150 anni al Palazzo della Gran Guardia di Verona. Alla base della discussione anche un lavoro tutto italiano appena pubblicato sulla rivista Italian Journal of Psychiatry e condotto da **Antonio Vita**, vicepresidente SIP, professore di psichiatria all’Università di Brescia e direttore del Dipartimento di Salute Mentale ASST Spedali Civili di Brescia.



“La ricerca sulle possibili applicazioni dell’Intelligenza artificiale in ambito sanitario non è mai stata così vivace come in questo momento – afferma la presidente SIP, **Liliana Dell’Osso** –. C’è in particolare un crescente interesse nel settore della salute mentale, nell’ambito del quale sono stati sviluppati e studiati numerosi algoritmi. È dunque facile lasciarsi trascinare dall’entusiasmo, ma c’è ancora molta strada da fare prima che queste

tecnologie possano dare il loro contributo nella pratica clinica”. E questo è esattamente quello che dimostra la nuova review.

“L’IA ha oggi una grande importanza sulla ricerca clinica, che si sta completamente innovando – sottolinea **Emi Bondi**, presidente uscente SIP –. Negli ultimi anni sono state effettuate numerose analisi e metanalisi che esplorano l’uso dell’IA nel campo della salute mentale, sempre focalizzate su singoli disturbi mentali, su algoritmi specifici o su metodiche strumentali precise. Questa nuova review è importante perché non si concentra su uno specifico algoritmo o su un singolo disturbo mentale, ma ha l’obiettivo di esaminare l’utilizzo attuale di questa tecnologia digitale nel campo della salute mentale”.

In particolare, i ricercatori hanno preso in considerazione tre tipologie di algoritmi: il Natural Language Processing (NLP), il machine learning e il deep learning. NLP è una branca dell’intelligenza artificiale che aiuta i computer a capire, interpretare e manipolare il linguaggio umano. Un celebre esempio è ChatGpt. Il machine learning è invece un sottoinsieme dell’Intelligenza artificiale alimentato da dati e da algoritmi, affinché le macchine imparino e diventino sempre più capaci. Il deep learning impiega le reti neurali, algoritmi progettati per imitare il cervello umano, che devono essere addestrate mediante grandi set di dati affinché apprendano modelli e possano restituire previsioni accurate.

“L’obiettivo della nostra review è stato quello di indagare le prestazioni della maggior parte degli algoritmi, analizzando in particolare i metodi più frequentemente utilizzati per raccogliere i dati per addestrarli – spiega il prof. Vita –. Per funzionare in modo ottimale, l’intelligenza artificiale richiede una grande quantità di dati: da parametri neurobiologici a registrazioni audio-video fino a database nazionali, anche assicurativi, o di dati di soggetti appositamente reclutati per testare uno specifico algoritmo. È dunque evidente che l’affidabilità di un algoritmo AI dipende in gran parte dalla qualità dei dati utilizzati per elaborarlo. Le banche dati utilizzate non sono state create appositamente per questo scopo, dunque potrebbero esserci errori, carenze o semplificazioni che riducono l’affidabilità dell’Intelligenza artificiale”.

Inoltre, l’uso dell’IA in campo clinico presenta ancora altri problemi, oltre a quelli relativi allo sviluppo di algoritmi efficienti e affidabili. “Questi problemi includono l’attribuzione di responsabilità e il rischio che dati sensibili finiscano nelle mani sbagliate – aggiunge il prof. Vita –. Attualmente manca una legislazione adeguata e in caso di errore dell’IA, non è chiaro chi dovrebbe essere ritenuto responsabile: lo psichiatra che ha convalidato il risultato, il paziente che l’ha accettato, gli sviluppatori dell’algoritmo, il sistema sanitario che lo ha implementato, o nessuno?

Inoltre, raccogliendo dati sensibili e monitorando le attività quotidiane, gli studi affrontano il rischio di mettere a repentaglio la privacy dei soggetti”. Dunque, siamo ben lontani dall’essere curati dalle macchine, anche se intelligenti.

“Nonostante i servizi di salute mentale abbiano subito una trasformazione importante verso la medicina digitalizzata, utilizzando la tecnologia a vari livelli, dalla diagnosi all’assistenza, ad oggi nessun metodo di intelligenza artificiale può dirsi pienamente promosso e adatto per essere utilizzato nella diagnosi, assistenza e cura dei pazienti – conclude il prof. Vita -. Tuttavia, essendo un settore in continua evoluzione, sono necessarie ulteriori ricerche per monitorare i progressi e gli algoritmi che potranno effettivamente essere di grande aiuto nella pratica clinica”.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I RIMBORSI REGIONALI

Sanità lombarda:
200 mln a chi fa
cure a Campione

» BARBACETTO A PAG. 7

IL BUCO NEL BILANCIO

Campione d'Italia, cure svizzere: però paga la Lombardia

» Gianni Barbacetto

C'è un buco di 200 milioni di euro nei conti della sanità della Regione Lombardia. Invisibile, per ora. Per intravederlo, bisogna scartabellare i documenti dell'assistenza sanitaria del Canton Ticino, Svizzera italiana, prestata ai cittadini di Campione d'Italia. Il Comune di Campione, come si sa, è un pezzetto d'Italia circondato da territorio svizzero. I suoi abitanti godono – o meglio godevano – di un trattamento speciale: potevano curarsi presso le strutture sanitarie elvetiche. Lo stabiliva un accordo tra Italia e Svizzera firmato il 28 gennaio 2005. Le spese erano anticipate da un istituto assicurativo, Lamal, che poi trasmetteva le fatture al Canton Ticino, il quale le mandava al governo federale di Berna, che poi chiedeva i pagamenti a Roma, al Sistema sanitario nazionale italiano, infine a pagare era la Regione Lombardia. Nel 2018 la Regione – assessore al Welfare era Giulio Gallera – comincia a mostrare segni d'impazienza: fa causa al Comune italiano in terra elvetica chiedendogli il pagamento di 89 milioni di spese sanitarie che ritene debbano essere coperte dalle casse municipali. Gallera vince in primo grado e ottiene un decreto ingiuntivo nei confronti del Comune, ma in Appello i giu-



dici bloccano l'esecuzione del pagamento. Intanto il sistema va avanti: cambiano gli assessori regionali, da Gallera a Letizia Moratti e poi a Guido Bertolaso, e gli italiani di Campione continuano a farsi curare in Svizzera, anche perché lì le liste d'attesa sono inesistenti. Nel luglio 2020 la giunta regionale lombarda dà mandato all'Ats dell'Insubria (competente anche per Campione) di comunicare alle autorità elvetiche la fine del sistema: basta prestazioni svizzere poi rimborsate dall'Italia. Nel novembre 2021 un'altra delibera annulla la possibilità di usufruire dell'assistenza domiciliare svizzera. Nel 2022 una nuova delibera regionale dà vita a un sistema transitorio, definito "sperimentale": per un anno, fino al 30 settembre 2023, i campionesi avrebbero potuto usufruire delle cure svizzere, presentando però un'impegnativa di un medico italiano e aderendo a un modello (chiamato S2) che prevede la compartecipazione volontaria delle spese da parte dell'assistito, ma senza quantificare le cifre.

A questo punto, un'avvocato di Campione, Barbara Marchesini, presenta un ricorso al Tar della Lombardia, che ribalta la situazione: decreta che i campionesi sono da equiparare ai cittadini italiani che risiedono all'estero e dunque hanno diritto di

rivolgersi alle strutture sociosanitarie svizzere. Tutto torna alla convenzione del 2005. Ma intanto si è creato un debito invisibile, fuori bilancio, che nessuno vuole pagare. La Regione Lombardia dice di voler saldare soltanto la "quota capitaria" (circa 1.200 euro l'anno per cittadino), eritiene che tutto ciò che eccede debba essere pagato dal Comune di Campione, con i soldi del contributo straordinario sanitario stabilito per legge nel 2005. Ma quel fondo, che all'inizio era di 2 milioni l'anno, oggi è ridotto a 575 mila euro. Non riesce a coprire neppure le spese per l'acquisto dei farmaci svizzeri erogati dalla farmacia italiana di Campione. E ora? Chi paga? La Regione, il Comune, o i cittadini che hanno firmato i moduli S2 che accennano a un (non quantificato) contributo dell'assistito?

CONTENZIOSO
IL CONTO È
DI 200 MILIONI,
MA LA REGIONE
LO CONTESTA



ALL'OSPEDALE SANT'ANNA DI TORINO CON IL MOVIMENTO PER LA VITA

Per le donne una “Stanza dell’ascolto”

Un luogo protetto dove essere accolte e ascoltate, se lo desiderano, e trovare insieme una soluzione al problema che le stava orientando all’aborto. Nasce con questa idea all’Ospedale Sant’Anna di Torino la Stanza dell’ascolto, le cui chiavi sono state consegnate giovedì ai volontari del Movimento per la Vita, designati a prendersi cura delle donne che chiederanno un incontro, su appuntamento e nel totale rispetto della privacy. Attiva a partire dalla prossima fine di giugno, la Stanza dell’ascolto dà attuazione alla legge 194 nella parte in cui prevede iniziative per «far superare le cause che potrebbero indurre alla interruzione della gravidanza» (articolo 2). «La nostra presenza all’interno del Sant’Anna, grazie all’apposita convenzione sottoscritta, contribuirà a fornire un aiuto concreto a tutte quelle donne o coppie in difficoltà che sceglieranno di bussare alla porta della nostra Stanza dell’ascolto - ha spiegato il presidente regionale della Federazione del Movimento per la Vita Piemonte (FederviPa) Claudio Larocca -. Durante questo mese realizzeremo sessioni di formazione rivolte ai volontari, già selezionati tra quelli con maggiore esperienza nell’accompagnamen-

to di gravidanze difficili, anche con il supporto e il coordinamento del personale sanitario disponibile». «Accedendo alla Stanza - ha detto l’assessore regionale alle Politiche sociali Maurizio Marro-ne - tante donne o coppie in difficoltà potranno trovare una risposta da parte delle istituzioni e dei volontari delle associazioni di tutela materno-infantile». Ascoltando e aiutando chi chiedeva un sostegno umano ed economico, come fa il fondo regionale Vita Nascente, è stato possibile ridurre a Torino gli aborti del 7,5% nel 2023 (rispetto al 5,2% di calo delle nascite). La Stanza era stata osteggiata da associazioni e forze politiche mobilitate per il “diritto di aborto”, con un ricorso al Tar che però era stato respinto. Ancora giovedì c’era chi parlava di «atto gravissimo» e di «stanza della circonvenzione». Ascoltare è davvero così difficile? **(F.O.)**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'emergenza

Giubileo, il piano della Regione contro i rischi di pandemia

di **Clemente Pistilli** ● a pagina 7

VERSO L'ANNO SANTO

Giubileo, rischio focolai La Regione vara il piano contro nuove epidemie

Con l'arrivo di 30 milioni di pellegrini sale il pericolo di diffusione di malattie infettive. Preoccupano le patologie trasmesse dalle zanzare

di **Clemente Pistilli**

Con l'arrivo a Roma di oltre 30 milioni di pellegrini, il Giubileo rischia di essere funestato da focolai di malattie infettive. Per evitare che venga messa a rischio la salute pubblica, lo Spallanzani ha messo a punto un piano e la Regione Lazio ha approvato il piano giubilare, caratterizzato da un rafforzamento dei controlli, monitoraggi capillari, compresi quelli sulle acque, e anche dal ricorso all'intelligenza artificiale per sviluppare i dati raccolti.

Il piano dovrà essere pienamente operativo a partire dal prossimo 8 dicembre, quando con l'apertura della Porta Santa nella basilica di San Pietro inizierà ufficialmente il Giubileo 2025. Un provvedimento preso specificando che «l'elevata concentrazione di persone prevista aggrava i classici fattori correlati alle malattie infettive, come la suscettibilità e l'efficacia di trasmissione, portando all'e-

mergenza di focolai infettivi e mettendo alla prova la prevenzione ed il controllo di tali malattie».

Per lo Spallanzani, punto di riferimento nazionale per la prevenzione, diagnosi e cura delle malattie infettive, l'arrivo di pellegrini provenienti da aree tropicali potrebbe determinare un aumento delle diagnosi di malattie endemiche in quei paesi e in particolare delle patologie trasmesse dalle zanzare, come la malaria, la dengue, la chikungunya, la west nile, la febbre gialla e la zika. «Da non dimenticare – specifica l'Istituto – il rischio di importazione nel Paese ospite di patologie infettive che possono dar luogo ad eventi di allarme internazionale». Attenzione va poi prestata alle patologie causate da virus stagionali, partendo da quelle respiratorie. Gli obiettivi principali del piano giubilare per contrastare le malattie infettive sono tre: identificare e confermare precocemente i casi di malattie in-

fettive, circoscrivendo soprattutto eventuali focolai epidemici, ridurre al minimo il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute a focolai epidemici e ad emergenze infettive, e assicurare una adeguata formazione del personale sanitario. Da raggiungere puntando sulla prevenzione attraverso l'intensificazione delle attività di controllo, informazione e comunicazione, sulla sorveglianza e l'allerta rapida, al fine di identificare precocemente casi e focolai di malattia e attivare il sistema di risposta, e sulla risposta ad eventuale allerta, attraverso l'indagine epidemiologica e clinica e l'incremento di idonee misure di controllo dell'emergenza.

Più nello specifico previsti una piattaforma dedicata, in



cui i dati raccolti verranno analizzati anche con l'aiuto dell'intelligenza artificiale e in cui verranno predisposti degli algoritmi per la generazione di alert, oltre ad eventuali mappe di geolocalizzazione dei casi. Verrà potenziata la sorveglianza sui casi di influenza, reclutando pure pediatri di libera scelta, e verranno analizzate le acque, per tenere sotto stretta osservazione la circo-

lazione di virus respiratori. E previsti controlli serrati sulle infezioni e tossinfezioni gastrointestinali, sulla legionellosi, che per gli esperti potrebbe registrare «un incremento a seguito della pressione turistica sulle strutture ricettive», e sul-

le malattie trasmesse da vettori, considerando anche che «un numero significativo di pellegrini proverrà dalle aree geografiche del Sud America, dove sono endemiche chikungunya, dengue e zika, con il conseguente possibile incremento sia di casi importati, che, potenzialmente, di trasmissione autoctona nella stagione vettoriale».

*Lo Spallanzani
rafforzerà controlli
e monitoraggi
con l'intelligenza
artificiale*

I punti
**Focus pediatrico
per l'influenza**

1 Insetti
Sei le malattie trasmesse da vettori che preoccupano maggiormente lo Spallanzani: dengue, malaria, chikungunya, west nile, febbre gialla e zika.

2 Obiettivi
Il piano punta principalmente a identificare precocemente i casi di malattie infettive, ridurre al minimo il rischio di trasmissione e formare i sanitari.

3 Virus respiratori
Considerato cruciale il reclutamento di una quota di pediatri di libera scelta per monitorare l'insorgere delle sindromi influenzali in almeno il 4% della fascia di età pediatrica.



La sanità

Altro assist ad Angelucci: via libera anche alle cure a domicilio

Si allargano gli affari della Regione Lazio con il gruppo del deputato leghista Antonio Angelucci. L'esecutivo del meloniano Francesco Rocca ha disposto l'accreditamento della casa di cura San Raffaele Portuense per l'attività di assistenza domiciliare rivolta a persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti.

La struttura è autorizzata per 96 posti letto di recupero e riabilitazione funzionale e per i servizi di laboratorio di base, diagnostica per immagini-radiologia diagnostica, recupero e riabilitazione funzionale, oltre che per le attività specialistiche ambulatoriali di cardiologia, reumatologia, urologia, otorinolaringoiatria, malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione, dermosifilopatia, allergologia, medicina interna, medicina fisica e riabilitazione, e ortopedia.

Autorizzata inoltre per l'assistenza domiciliare rivolta a persone parzialmente, temporaneamente o totalmente non autosufficienti, per cui ora ha però ottenuto l'accreditamento, ampliando i rapporti con il servizio sanitario regionale e di conseguenza le entrate garantite. Una delibera approvata dopo il via libera dato dalla Direzione regionale salute e dall'Asl Roma 3.

Dal momento in cui Rocca si è insediato alla guida della Regione, 15 mesi fa, il gruppo del deputato leghista si è visto garantire circa 19 milioni e mezzo di euro in più rispetto al budget ordinario e aumentare gli accreditamenti. Il governatore, che in passato ha lavorato nella fondazione Angelucci, ha concesso prima 10,2 milioni di

euro al gruppo San Raffaele con l'obiettivo di decongestionare i pronto soccorso pubblici, poi 826mila euro per far fronte all'emergenza dovuta al rogo a Tivoli, successivamente un altro milione e mezzo per alleggerire la pressione sull'ospedale di Latina e infine oltre 7 milioni per garantirsi fino alla fine di dicembre 8 posti letto al San Raffaele Portuense, 22 all'Ircss San Raffaele Pisana, 17 a Monte Compatri, 95 a Rocca di Papa, la struttura che durante il periodo Covid si era trasformata in un maxi cluster perdendo l'accreditamento che poi la Regione ha riattivato, e 20 al San Raffaele Flaminia. — **cle.pis.**

*La giunta Rocca
si affida ancora
al San Raffaele
del deputato leghista*



▲ Il deputato leghista Antonio Angelucci



Cento nuovi barellieri sulle ambulanze del Lazio

Dopo i tagli dell'ex giunta
gli equipaggi tornano al completo

••• Sulle ambulanze dovrebbero esserci un medico, un infermiere e un barelliere. Invece nel Lazio, come denuncia il sindacato Usb, «solo il 30% degli equipaggi è a norma». così l'Ares, per far fronte alle carenze, ha deciso di assumere cento barellieri. E ha bandito un appalto da 16 milioni di euro per sostituire 154 mezzi obsoleti che non possono più marciare.

Sbraga a pagina 18



EMERGENZA SANITÀ

L'Ares: «Il piano di rientro del debito aveva costretto a tagliare il personale»

Cento barellieri pronti a salire sulle ambulanze Ecco il piano della Regione

L'Usb: «Molti equipaggi con solo medico e infermiere»

ANTONIO SBRAGA

••• Barellieri in via d'estinzione nel Lazio. Tutta colpa del Piano di Rientro dal debito sanitario che «ha ridotto,

negli ultimi anni, il finanziamento per le assunzioni di personale, portando l'azienda ad effettuare una scelta obbligatoria, sia nell'ambito del turn over sia nella prima

fase di internalizzazione, ovvero di garantire l'equipaggio minimo alle ambulanze (a due componenti), assumendo solo infermieri e autisti di ambulanza», scrive



l'Ares 118. Gli equipaggi completi di barellieri, infatti, «sono meno del 30%», denuncia da due anni il sindacato Usb. Ed ora è la stessa azienda regionale per l'emergenza sanitaria a sottolineare che «la figura dell'operatore tecnico barelliere, cosiddetto terzo di macchina, pur essendo stata prevista nei Piani triennali dei fabbisogni degli anni precedenti, non è stata autorizzata per le predette carenze di bilancio». Ma proprio la «carenza di tale figura professionale si è riverberata sulla funzionalità del servizio di emergenza», denuncia l'Ares. La quale è costretta, sempre più spesso, ad inviare una seconda ambulanza per supportare il mezzo di soccorso ad equipaggio ridotto, aumentando i costi e, presumibilmente, anche i tempi degli interventi. Anche perché «l'adeguata movimentazione del paziente, non per le

esigenze sanitarie, richiede necessariamente a supporto della prima ambulanza - con equipaggio a due componenti -

l'invio di un altro mezzo per effettuare in modo corretto e sicuro la movimentazione». Un problema che ha portato anche «all'incremento delle prescrizioni da parte del medico competente che determinano una limitazione alla movimentazione manuale dei carichi da parte degli

operatori e delle denunce per malattia professionale connesse a problematiche muscoloscheletriche». Per questi motivi l'Ares ha rappresentato alla Regione «la

necessità di procedere all'assunzione di operatori tecnici barellieri, soprattutto

per le postazioni gravate da un elevato numero di soccorsi». Ed entro la fine dell'anno è prevista «l'acquisizione di 100 operatori tecnici barellieri finalizzata a garantire la risposta alle esigenze assistenziali e la piena operatività di almeno 20 mezzi ad alta intensità di soccorso in h24 che avranno un equipaggio a tre componenti - infermiere, autista e barelliere - a gestione diretta Ares». Un'azienda che da anni già «risente negativamente dei continui interventi meccanici sui mezzi, che ne implicano conseguentemente il fermo macchina, anche per periodi prolungati. Per l'effetto di ciò, Ares 118 si è rivolta alla Regione al fine di ottenere un finanziamento specifico per procedere all'ammodernamento della flotta mezzi, da attuare anche attraverso l'acquisizione in urgenza di ambulanze in sostituzione di quelle non

più riparabili, ovvero non più idonee al servizio, a causa della loro obsolescenza». Ora è partito l'affidamento della «fornitura in noleggio di 80 ambulanze senza conducente in sostituzione dei mezzi propri vetusti», con i primi 15 veicoli per 564 mila euro. L'Ares il mese scorso ha avviato «la messa in fuori uso di 28 ambulanze e due automediche non marcianti per vetustà» ma ha anche indetto una gara «per la fornitura chiavi in mano e messa su strada» di 154 mezzi di soccorso (127 ambulanze più 27 automediche per oltre 16 milioni di euro).

Appalto

Indetta una gara per la fornitura di 154 mezzi che sostituiranno quelli vecchi e rimasti in panne

3

Operatori

Sono l'equipaggio previsto per legge sulle autoambulanze. C'è solo nel 30% dei casi

80

Ambulanze

Verranno prese o noleggiate dal 118 per sostituire quelle vecchie che non possono più marciare

16

Milioni

Di euro è l'ammontare dell'appalto per la fornitura di nuovi automezzi all'Ares



A bordo
Sui mezzi del 118 sempre meno barellieri



Puglia: 71 milioni per le assunzioni, si parte con 1.400 dal primo luglio, altre 950 dal 1° gennaio 2025

di Vincenzo Rutigliano

Circa 2.300 assunzioni tra luglio prossimo e gennaio 2025 - in gran parte, ma non solo, di medici (916), infermieri (417) e Oss (290) - nei piani occupazionali della regione nella sanità. La giunta regionale ha approvato i piani assunzionali 2024 e 2025 accettando le richieste di personale - in totale appunto 2300 unità per una spesa annua di 127 milioni - avanzate dalle 10 aziende ed enti del servizio sanitario regionale.

Il via libera è stato possibile grazie ad un tesoretto di 71 milioni di euro che consentirà di dare il via, già dal prossimo primo luglio, alle assunzioni di circa 1400 sanitari, cui seguiranno, dal primo gennaio 2025, quelle di altri 950 tra medici, infermieri e Oss. A finanziare questi piani assunzionali sono le risorse aggiuntive per il personale per specifici obiettivi (il decreto ministeriale 77/2022), il "tesoretto" non utilizzato riveniente dallo spazio finanziario 2023 e i fondi rivenienti dalle cessazioni non previste dal personale sanitario, ovvero risparmi maturati con i pensionamenti previsti nell'ultimo trimestre 2023 e nel primo del 2024.

A questi si sommano altri 28 milioni di risparmi sopravvenuti (i pensionamenti non previsti dell'anno in corso) e la quota del finanziamento statale (22 dei 45 milioni disponibili) per lo sviluppo della sanità territoriale: in tutto 70,9 milioni. Dal primo aprile 2025 potranno poi essere avviate ulteriori assunzioni in sostituzione (turn over) delle cessazioni 2025 (con una prima stima di circa 1.100 unità), con l'aumento del Fondo sanitario nazionale.

Saranno così in tutto circa 3400 sanitari in due anni. Nei provvedimenti adottati dalla giunta c'è una particolare attenzione per i due Irccs pubblici ("Istituto Tumori Giovanni Paolo II" di Bari e "De Bellis" di Castellana Grotte) per i quali la giunta ha autorizzato circa 100 assunzioni extra tetto da potersi effettuare dal primo luglio 2024, in considerazione della particolare importanza dei servizi erogati ai cittadini e dei risultati gestionali conseguiti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



31 mag
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Lupus eritematoso sistemico: in Sardegna un caso ogni mille abitanti, il doppio della media nazionale

di *Davide Madeddu*

In Sardegna c'è la più alta incidenza nazionale di persone affette da lupus eritematoso sistemico. Nell'isola le persone affette da questa patologia che, nel resto d'Italia colpisce una persona su 2 mila, sono 1.600 con una media di un malato ogni 1.000 abitanti. Il dato



è del Centro di riferimento regionale per la diagnosi e terapia, la Reumatologia del Policlinico Duilio Casula dove viene accolta la maggior parte dei malati in Sardegna, offrendo un supporto ambulatoriale in day hospital e, quando indicato, in regime di ricovero. «In Italia oltre 60mila persone ne soffrono - sottolineano dal centro - con 1.500-2mila nuovi casi ogni anno, di cui 9 pazienti su 10 sono di sesso femminile».

«La patologia autoimmune può presentarsi già durante l'infanzia - spiega il direttore Alberto Cauli-, ma predilige le giovani donne tra i 15 e 45 anni, il 90% dei casi totali diagnosticati nel nostro Paese. Il lupus può aggredire pelle, articolazioni, cuore, polmoni, reni e cellule del sangue, compromettendo la qualità della vita di chi ne è affetto. Il sistema immunitario perde la sua abilità nel differenziare agenti esterni da cellule e tessuti appartenenti all'organismo, così reagisce attaccandolo».

I sintomi più generali sono: eruzioni cutanee, in particolare sul viso (il classico "eritema a farfalla" sulle guance e sul naso), affaticamento, stanchezza estrema, febbre, dolori e gonfiori articolari. Solitamente gli

sfoghi sulla pelle migliorano dopo alcuni giorni o settimane, ma possono durare più a lungo, divenire permanenti, dare prurito o dolore e possono peggiorare se esposti alla luce solare.

«La malattia può essere molto difficile da diagnosticare – dice ancora lo specialista - perché i disturbi che si manifestano sono simili a quelli di molte altre patologie comuni, possono variare notevolmente da persona a persona, con periodi in cui si acquiscono e altri in cui scompaiono. Non per altro viene soprannominata il “grande mimo”, proprio per la capacità di coinvolgere diversi organi e di presentarsi con una varietà di manifestazioni cliniche».

Negli ultimi anni, conclude Cauli, «le terapie del Lupus hanno fatto grandi passi in avanti, con la registrazione da parte di Ema e dell’Aifa di due nuovi farmaci specifici per il Les, che sono attualmente disponibili anche nella Reumatologia della Aou di Cagliari e che hanno contribuito, insieme ai progressi più generali, a migliorare notevolmente la prognosi e la qualità di vita dei pazienti affetti dalla malattia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA