

20 maggio 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

18/05/2024

Infermieri dall'estero, segnale dalla Cei Via libera all'impiego in 1.370 strutture

MIMMO MUOLO

Roma

Carenza di infermieri in Italia. L'emergenza già oggi notevole - mancano all'appello 65mila lavoratori, secondo le ultime stime del 2022 - potrebbe aggravarsi nel prossimo quinquennio, quando ci saranno 80-100mila pensionamenti. Su un numero complessivo di 460mila infermieri operanti nel nostro Paese, si tratta di quantità decisamente importanti. Per questo la Fondazione Samaritanus, che si avvale del patrocinio dell'Ufficio nazionale Cei della Pastorale della salute, ha lanciato il progetto "Samaritanus Care", per far giungere dall'estero infermieri già formati da inserire nelle 1.370 strutture associate ad **Aris** e Uneba (per complessivi 115mila posti letto), cioè le due maggiori associazioni di categoria dei settori sanitario e sociosanitario di ispirazione cattolica. Associazioni che sostengono il progetto.

L'iniziativa è stata presentata ieri nella sede della Stampa Estera a Roma, con la partecipazione, tra gli altri, del direttore dell'Ufficio Cei, don Massimo Angelelli e dei tre presidenti degli organismi coinvolti: Enrico Bollero (per la Fondazione), padre Virginio Beber (**Aris**) e Franco Massi (Uneba).

«Abbiamo iniziato a lavorare a "Samaritanus Care" nel 2021 e siamo quasi arrivati a una prima importante tappa - dice don Angelelli -. Contiamo infatti di poter accogliere i primi

infermieri dall'estero entro gli ultimi tre mesi del 2024». In questa prima fase che è una sorta di test, spiega il sacerdote, saranno un centinaio i candidati selezionati, ma a regime si prevede che gli ingressi possano essere un migliaio all'anno. «Numeri certo non risolutivi del problema complessivo - commenta il direttore dell'Ufficio nazionale della pastorale della salute - ma che intendono offrire un'alternativa. Non vogliamo fare importazione di manodopera dall'estero, ma creare una rete solida di crescita comune. Il costo dell'operazione è a carico di chi accoglie».

Passare dal dire al fare non è stato semplice, ma gran parte del percorso è ormai compiuto. Nel corso della conferenza stampa è stato ricordato ad esempio che sono ben 36 i passaggi burocratici per arrivare a iscrivere un infermiere nell'albo professionale. Per chi arriva dall'estero poi ci sono alcune difficoltà aggiuntive. La traduzione in italiano dei documenti che attestano i titoli di studio ottenuti nel Paese di origine, l'apprendimento della lingua italiana, i visti di entrata. Nonostante questo, si sta lavorando alacremente per raggiungere gli obiettivi prefissati.

Attraverso convenzioni con le Università cattoliche di tre continenti (Asia, Africa e America Latina), si punta per il momento a reperire candidati da Nigeria, Tanzania, Congo, Camerun, Perù e India. Alcune delle figure istituzionali già

all'opera in questi Paesi erano in collegamento video, ieri durante la conferenza stampa, e hanno offerto la propria testimonianza. Inoltre, sono stati avviati contatti con il Ciad e l'Argentina.

Dal Camerun, la missionaria Ilaria Tinelli, responsabile delle iniziative sanitarie delle istituzioni cattoliche locali, ha notato che il Samaritanus Care «è anche un grande antidoto per scoraggiare l'immigrazione clandestina verso l'Occidente, Italia compresa, di giovani e meno giovani bisognosi di lavoro». Padre John Idio, collegato dalla Nigeria, ha definito il progetto «lungimirante e utilissimo» e ha annunciato che «sono già una quindicina gli infermieri nigeriani che hanno aderito al piano **Aris**-Uneba ed altri si sono dichiarati disponibili». Pur confermando che «non sono pochi ancora i problemi burocratici da superare», anche padre Steve Chobo dalla Tanzania, Gian Battista Pollis dal Perù, suor Lilly Ross dall'India e don Florent Ntumba dal Congo hanno promosso il progetto.

Importante anche la collaborazione con il Ministero della Salute e a tal proposito don Angelelli ha espressamente ringraziato il ministro Orazio Schillaci. «L'aspirazione - spiega Bollero - è quella di dar vita a un sistema circolare che porti risorse in Italia, ma che rappresenti anche un arricchimento di competenze per

quelli che arrivano, permettendo poi loro di tornare nel proprio Paese con un valore aggiunto, in modo da stimolare altri a compiere lo stesso percorso». Secondo padre Bebber, «si potrebbe addirittura prevedere una sorta di Erasmus, in modo che chi accetta di venire in Italia possa completare qui la sua formazione professionale, compresa la conoscenza della lingua». Idea condivisa anche da Beatrice Mazzoleni, segretaria nazionale della Fnopi, la Federazione degli infermieri.

«Questa iniziativa è un segno

di speranza – ha sottolineato sua volta Franco Massi -. Così come l'Anis, abbiamo fornito la massima disponibilità dell'Uneba, per un percorso che metta al centro l'uomo e la cura del malato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'INIZIATIVA

La Fondazione Samaritanus, che si avvale del patrocinio dell'Ufficio nazionale di Pastorale della salute, ha lanciato un progetto di reclutamento di personale sanitario straniero

Coinvolti Anis e Uneba. Don Angelelli: una rete per crescere insieme. Bebber: modello Erasmus. Massi: segno di speranza per l'uomo

Il Sole **24 ORE**

Infermieri introvabili, allarme estate: è caccia per trovarli in tutto il mondo

Già oggi ne mancano almeno 65-70mila, ma nei prossimi anni con il maxi esodo dei pensionamenti ne mancheranno ancora di più

di Marzio Bartoloni

18 maggio 2024

L'assessore al Welfare della Lombardia Guido Bertolaso è già volato in Sud America per cercarli insieme anche ai medici. Il ministro della Salute Orazio Schillaci li vuole invece assoldare dall'India e già sono stati siglati alcuni accordi per facilitarne l'arrivo. Gli ultimi in ordine di tempo invece sono le due più importate istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei che gestiscono 1370 strutture per complessivi 115mila posti letto che hanno deciso di andarne ad assumere circa mille l'anno attingendo dai Paesi in via di sviluppo sedi di università cattoliche e di comunità missionarie. Stiamo parlando degli infermieri, i più introvabili e ricercati del personale sanitario. Anche più dei medici. Già oggi ne mancano almeno 65-70mila, ma nei prossimi anni ne mancheranno di più. E ora con l'arrivo dell'estate l'emergenza carenza si farà sentire più forte.

La grave carenza di infermieri e la fuga dai corsi di laurea

Per Beatrice Mazzoleni, segretaria della Federazione nazionale operatori infermieristici (Fnopi), «nei prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità» a causa del massiccio esodo degli infermieri dagli ospedali italiani. Una perdita che già dal 2022 «grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri». Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata «ad aggravarsi sempre di più» a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano. Il problema è legato anche al fatto che in Italia non si laureano abbastanza infermieri: negli ultimi 10 anni solo circa 12mila l'anno, troppo pochi rispetto ai fabbisogni. In più c'è una fuga dalle iscrizioni visto che alla selezione (c'è il numero chiuso come a Medicina) si presenta praticamente un numero di candidati quasi uguale ai posti disponibili, se non in alcuni casi anche più basso.

Allarme in estate: bomba ad orologeria in Campania e Lombardia

«Una bomba ad orologeria». Così il sindacato degli infermieri Nursing Up definisce la situazione di carenza del personale che «è pronta ad esplodere nei mesi estivi». Tra le regioni più in difficoltà, al primo posto ci sono Lombardia, con realtà dove si assiste a una fuga degli infermieri all'estero, e Campania, con i pronto soccorsi in tilt. Il dato emerge da un'indagine del sindacato Nursing up, che evidenzia come nelle regioni più interessate dal fenomeno si viaggia con un media di 12-13 pazienti in gestione per ogni infermiere. «Una media - osserva - che va ben oltre quella di massimo 6 pazienti per avere una sanità di qualità». Mentre i concorsi per infermieri finiscono per lo più deserti per le magre offerte economiche, si sottolinea la ricerca, «si rischia il taglio di almeno il 10% dei posti letto a causa dei deficit di organico. Alcuni reparti potrebbero essere accorpati se non addirittura chiusi. In pericolo le aree di emergenza-urgenza». E sempre in estate «si prevede almeno il 30% in più di afflusso dei pazienti nei pronto soccorsi, che non sarà assolutamente gestibile dal personale ridotto all'osso presente nelle strutture sanitarie da Nord a Sud. Le ferie degli infermieri potrebbero saltare».

Gli ospedali religiosi li cercano nei Paesi in via di sviluppo

«Si tratta di una mission impossibile diventata possibile», ha spiegato don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, alla presentazione nella sede della Stampa Estera a Roma del progetto "Samaritanus Care". Si tratta - spiega - del piano varato da **Aris** e Uneba, le due istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei, per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia. «Il progetto Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva in un prossimo immediato futuro a queste problematiche», spiega don Angelelli, aggiungendo che l'iniziativa, «accolta con favore anche dal ministro della Salute Schillaci», prevede l'individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per «essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche» per un periodo di almeno tre anni.

Gli altri in cerca: dal ministro Schillaci all'assessore Bertolaso

Già oltre un anno fa il ministro della Salute Schillaci aveva annunciato un piano per andare a cercare gli infermieri in India. In questo senso è stato siglato anche un memorandum di intesa dalla stessa premier Giorgia Meloni durante la sua ultima visita in India. Da allora il progetto si è scontrato con problemi burocratici e di ingresso degli infermieri che dovranno anche seguire corsi di lingua prima di lavorare nei nostri ospedali. Ma l'intenzione c'è tutta: «L'arrivo dei professionisti indiani è un argomento portato all'attenzione della Conferenza Stato-Regioni - ha sottolineato Schillaci -. In Italia gli infermieri sono il vero problema per quanto riguarda le carenze di personale. Siamo tra gli ultimi in Europa per il loro numero rispetto agli abitanti, quindi nell'immediato è indispensabile far giungere personale dall'estero». Intanto nelle settimane scorse l'assessore al Welfare della Lombardia

Guido Bertolaso è volato in Sud America per provare ad assoldare infermieri e anche medici, scatenando però non poche polemiche.

Mille infermieri all'anno da tutti i continenti per gli ospedali cattolici italiani. Aris, Uneba e Cei presentano "Samaritanus Care"

Questa sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico. Cei: "La Chiesa italiana con Samaritanus Care affronta la grande fuga degli infermieri assumendo laureati dalle università cattoliche estere e tra i missionari del Terzo Mondo".

17 MAG - "Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all'anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie". È la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane.

"Quasi una mission impossibile diventata possibile", confida con fare piuttosto deciso don **Massimo Angelelli**, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto "Samaritanus Care". Si tratta – spiega il monsignore - del piano varato da **Aris** e Uneba – le due più importanti istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei – per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia, messo a punto col varo del "Samaritanus Care" nella speranza di coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria "voragine" assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029.

Cifre illustrate nel corso della conferenza stampa da **Beatrice Mazzoleni**, segretaria della Fnopi (Federazione nazionale operatori infermieristici), secondo la quale nei "prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità". Un perdita secca che "già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti". Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata "ad aggravarsi sempre di più" a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

"Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva a queste problematiche", spiega don Angelelli, aggiungendo che l'iniziativa, "accolta con favore anche dal ministro della Salute Orazio Schillaci", prevede l'individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per "essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche" per un periodo di almeno tre anni. Particolare di non poco conto, "la preparazione, specialmente lo studio della lingua italiana, e le spese organizzative necessarie per individuare i candidati e farli trasferire nel nostro Paese, saranno a totale carico delle istituzioni sanitarie di destinazione", assicura il Direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei.

Oltre a don Angelelli, nel corso della conferenza stampa ci sono alternate testimonianze di operatori sanitari in collegamento e in presenza da Camerun, Perù, Nigeria, India, Tanzania e Congo dove il progetto Samaritanus Care ha trovato buona accoglienza tra i giovani infermieri ed è già decollato.

Padre **Virginio Bebber**, presidente Aris, oltre a ricordare che il progetto Samaritanus Care “è una risposta della Chiesa italiana per far fronte a una carenza infermieristica destinata a gravare pericolosamente sui nostri pazienti”, ha lanciato un'altra proposta, l'Erasmus per i giovani laureandi nelle università cattoliche estere. “In questo modo – ha spiegato Bebber – potremo avere giovani studenti dei Paesi esteri che potrebbero laurearsi in Italia, imparando quindi bene la nostra lingua, e quindi pronti per essere inseriti nelle nostre istituzioni sanitarie”. In sintonia col presidente Aris, Franco Massi (presidente Uneba) che ha tenuto a sottolineare che “ai giovani infermieri che arriveranno in Italia sarà offerta l'opportunità di lavorare in istituti di eccellenza ed acquisire competenze professionali di alto livello, che potranno mettere a frutto, non solo nei nostri ospedali, ma soprattutto quando torneranno nei loro Paesi”.

Da **Enrico Bollero**, presidente della Fondazione Samaritanus, un “plauso all'iniziativa che, grazie alla Cei, permesso il varo di un vero e proprio network socio-assistenziale ed infermieristico utile per la nostra sanità e nello stesso tempo anche per i paesi d'origine degli infermieri che arriveranno in Italia. Vale a dire un grande esempio di circolarità fatta di valori, professionalità, umanità, un fare tipico dello spirito cristiano che si respira nelle nostre istituzioni socio-sanitarie cattoliche seguendo gli insegnamenti di Cristo”.

17 maggio 2024

la Cronaca di Verona

19/05/2024

EMERGENZE E PROSPETTIVE DEL SETTORE AL CONVEGNO DELLA SALUTE

Allarme infermieri: non c'è personale

Professione inattrattiva e retribuzioni basse, i motivi della carenza nel pubblico

«Per rendere nuovamente attrattiva la professione infermieristica è necessario migliorare il trattamento di tali figure così da invertire la drammatica situazione di carenza che, qualora non si trovasse una soluzione, potrebbe minare alla base la capacità del servizio sanitario nazionale di rispondere alle esigenze dei cittadini».

Questa la considerazione di esordio dell'intervento di Giovanni Costantino nella sessione tematica sulle Emergenze e prospettive

nel settore socio-sanitario del XXV Convegno nazionale di pastorale della salute, organizzato in questi giorni a Verona dal corrispondente Ufficio della Cei diretto da Don Massimo Angelelli. Il Capodelegazione **Aris** ha sottolineato come «anche nel comparto pubblico i livelli retributivi siano cresciuti troppo poco, in misura inferiore all'inflazione». Se si guarda alle strutture private, inoltre, il dato è ancora più evidente, soprattutto nell'area della territorialità, anche se

«l'attuale situazione – prosegue Costantino – non può addebitarsi alle singole strutture, le cui condizioni economiche, a causa del mancato adeguamento di rette e tariffe, non hanno sinora consentito di incrementare le retribuzioni».

Per cambiare un simile quadro, secondo il giurista, è necessario «uniformare quanto più possibile i ccnl del settore privato, che dovranno tendere a quelli pubblici, così da evitare disparità di trattamento e da consentire peraltro

alle strutture una maggiore forza di contrattazione con il servizio sanitario nazionale».

Non si può, inoltre, eludere il problema della sostenibilità. «A tal fine – ribadisce – è necessario chiedere di fornire al settore privato le risorse necessarie per i rinnovi contrattuali adottando metodi che premiano le strutture più virtuose e, quindi, differenzino la copertura in funzione alla qualità e quantità di tali servizi».



L'avvocato Giovanni Costantini al convegno della Cei

20/05/2024

L'INIZIATIVA di Maria Francesca Astorino

Sanità, Manifesto dei diritti

a pagina X

L'INIZIATIVA

POVERTÀ SANITARIA E DISEGUAGLIANZE IL 'MANIFESTO' PER POTENZIARE I SERVIZI

Il documento, redatto dai professionisti sanitari italiani e firmato da tutte le Federazioni e i Consigli nazionali dei lavoratori della salute, è stato condiviso dall'Ufficio nazionale per la pastorale della salute Cei

di MARIA FRANCESCA ASTORINO

“Guardando al futuro la dinamica demografica di invecchiamento della popolazione e il conseguente decollo dei fabbisogni sanitari, in particolare quelli legati alle cronicità, rendono il potenziamento della sanità una priorità assoluta”: è questo uno dei passaggi sottolineato nel 'Manifesto per il superamento delle povertà sanitarie'. Il documento, redatto da professionisti sanitari italiani, firmato da tutte le Federazioni ed i consigli nazionali dei lavoratori della salute, quali FNOMCeO, FNOPI, FNO TSRM e PSTRP, FOFI, FNOPO, FNOVI, FNCF, CNOP, FNOFI, FNOB, CNOAS e condiviso dall'ufficio nazionale per la pastorale della salute della Conferenza episcopale italiana (Cei), si pone l'obiettivo di intraprendere delle azioni concrete e condivise a contrasto delle diverse forme di povertà sanitaria e delle disuguaglianze.

Come ribadito anche dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, in occasione del messaggio di apertura durante convegno 'Le povertà sanitarie in Italia' svoltosi a Verona lo scorso 10 maggio, il diritto alla salute: “È un valore irrinunciabile per tutti i cittadini e un sistema sanitario equo e accessibile è la base per una società coesa e solidale, in cui ogni persona abbia la possibilità di vivere una vita dignitosa e sana”. L'allungamento della aspettativa di vita negli ultimi venti anni, poi, ha messo in maggiore risalto la necessità di investimenti massivi per colmare il differenziale tra la

domanda attesa di servizi e prestazioni sanitarie e la capacità dell'offerta. Gli italiani, rileva l'Istituto superiore di sanità, hanno una aspettativa di vita superiore rispetto ai coetanei degli altri Paesi dell'Unione europea, con un differenziale se paragonati i due sessi: a parità dei sessantacinque anni compiuti, le donne hanno una attesa di vita pari a 22,9 anni mentre per l'uomo della stessa età scende a 19,4 anni. Di conseguenza, l'Italia deve affrontare le ricadute economiche e sanitarie per essere uno tra i Paesi più longevi al mondo.

E tra le emergenze sanitarie basti pensare a quella vissuta nel periodo covid che ha spinto nella direzione della tutela della salute, ponendo la questione sanità – seppur per un periodo limitato – in cima all'agenda delle priorità del Paese. Maggiori investimenti nell'ambito della ricerca, ingresso immediato dei giovani medici nelle unità operative di tutto l'ambiente sanitario italiano, apertura di hotspot strategici per la presa in carico dei pazienti. Tutte azioni concrete rese possibili e realizzabili nel breve periodo che sono però svanite una volta rientrata l'emergenza. Non solo, una volta “ricominciato a vivere”, a queste criticità si sono sommate e sono riemerse le tradizionali, a cominciare dai lunghi tempi di attesa che rendono difficile l'accesso alle prestazioni in tempi appropriati, con un effetto di notevole differenziazione per territorio di appartenenza e per capacità di acquistare,

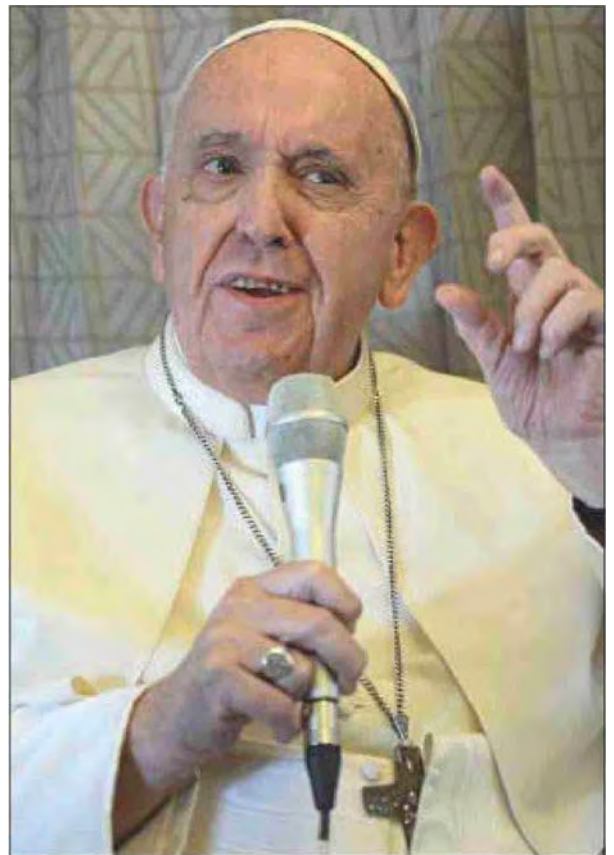
fornire o meno prestazioni dai privati. A tal proposito, il 17 aprile è stato pubblicato il rapporto Benessere equo e sostenibile (Bes) dell'Istat relativo all'anno 2023. I dati riportati e relativi alla salute sono allarmanti: gli italiani che rinunciano a curarsi salgono a 4,5 milioni. Le ragioni sono disparate, economiche sì ma soprattutto legate ai lunghi tempi di attesa. I dati di prima della pandemia, periodo 2019, riportavano un numero di pazienti che sceglievano di rinunciare alla cura pari a poco più di 1,5 milioni, sempre a causa delle liste di attesa.

Anche Papa Francesco è intervenuto su questi numeri e ha rivolto un messaggio ai componenti dell'Associazione religiosa istituto socio-sanitario (Aris): “Ci sono persone che per scarsità di mezzi non riescono a curarsi, per le quali anche il pagamento di un ticket è un problema; e ci sono persone che hanno difficoltà di accesso ai servizi sanitari a causa di lunghissime liste d'attesa, anche per visite urgenti e necessarie! Il bisogno di cure intermedie poi è sempre più elevato, vista la crescente tendenza degli ospedali a dimettere i malati in tempi brevi, privilegiando la cura delle fasi più acute della malattia rispetto a quella delle patologie cro-

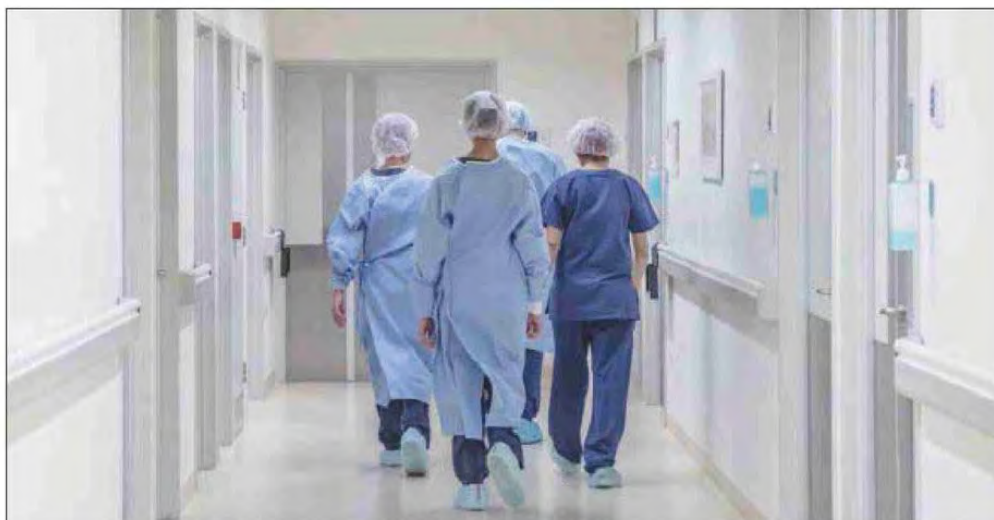
niche: di conseguenza queste, soprattutto per gli anziani, stanno diventando un problema serio anche dal punto di vista economico, con il rischio di favorire percorsi poco rispettosi della dignità stessa delle persone”.

Occorre quindi una netta presa di posizione da parte delle amministrazioni locali, regionali e nazionali affinché si realizzino degli interventi efficaci per scongiurare la compromissione del sistema sanitario nazionale. Primo fra tutti la necessità di mettere in formazione immediata e di inserire nell'organico giovani professionisti sanitari. Quello che gridano a gran voce, so-

prattutto i medici di base, i pediatri e gli operatori assistenziali è un turnover immediato e massivo. Nel breve tempo, tra il 2023 e il 2032, stima lo studio Anaa Assomed su dati Ocse, Onaosi e Enpam, quasi 109mila camici bianchi lasceranno la professione attiva e l'ingresso di nuove leve nel mondo sanitario nazionale non sarà oltremodo ricco.



A sinistra, medici in una corsia d'ospedale. A destra, Papa Francesco. Sotto, utenti in prenotazione sulle liste d'attesa



Mille infermieri all'anno da tutti i continenti per gli ospedali cattolici italiani. Aris, Uneba e Cei presentano "Samaritanus Care".

 By Comitato di Redazione 17 Maggio 2024



btr

Cei: "La Chiesa italiana con Samaritanus Care affronta la grande fuga degli infermieri assumendo laureati dalle università cattoliche estere e tra i

missionari del Terzo Mondo”.

“Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all’anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie”. E’ la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane. “Quasi una mission impossibile diventata possibile”, confida con fare piuttosto deciso don Massimo Angelelli, direttore dell’Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto “Samaritanus Care”. Si tratta – spiega il monsignore – del piano varato da Aris e Uneba – le due più importanti istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei – per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia, messo a punto col varo del “Samaritanus Care” nella speranza di coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria “voragine” assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029.

Cifre illustrate nel corso della conferenza stampa da Beatrice Mazzoleni, segretaria della FNOPI (Federazione nazionale operatori infermieristici), secondo la quale nei “prossimi 4 anni l’attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità”. Un perdita secca che “già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti”. Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata “ad aggravarsi sempre di più” a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all’estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

“Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva a queste problematiche”, spiega don Angelelli, aggiungendo che l’iniziativa, “accolta con favore anche dal ministro della Salute Orazio Schillaci”, prevede l’individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per “essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche” per un periodo di almeno tre anni. Particolare di non poco conto, “la preparazione, specialmente lo studio della lingua italiana, e le spese organizzative necessarie per individuare i candidati e farli trasferire nel nostro Paese, saranno a totale carico delle istituzioni sanitarie di destinazione”, assicura il Direttore dell’Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei.

Oltre a don Angelelli, nel corso della conferenza stampa ci sono alternate testimonianze di operatori sanitari in collegamento e in presenza da Camerun, Perù, Nigeria, India, Tanzania e Congo dove il progetto Samaritanus Care ha trovato buona accoglienza tra i giovani infermieri ed è già decollato.

Padre Virginio Bebbler, presidente Aris, oltre a ricordare che il progetto Samaritanus Care “è una risposta della Chiesa italiana per far fronte a una carenza infermieristica destinata a gravare pericolosamente sui nostri pazienti”, ha lanciato un’altra proposta, l’Erasmus per i giovani laureandi nelle università cattoliche estere. “In questo modo – ha spiegato Bebbler – potremo avere giovani studenti dei Paesi esteri che potrebbero laurearsi in Italia, imparando quindi bene la nostra lingua, e quindi pronti per essere inseriti nelle nostre istituzioni sanitarie”. In sintonia col presidente Aris, Franco Massi (presidente Uneba) che ha tenuto a sottolineare che “ai giovani infermieri che arriveranno in Italia sarà offerta l’opportunità di lavorare in istituti di eccellenza ed acquisire competenze professionali di alto livello, che potranno mettere a frutto, non

solo nei nostri ospedali, ma soprattutto quando torneranno nei loro Paesi". Da Enrico Bollero, presidente della Fondazione Samaritanus, un "plauso all'iniziativa che, grazie alla Cei, permesso il varo di un vero e proprio network socio-assistenziale ed infermieristico utile per la nostra sanità e nello stesso tempo anche per i paesi d'origine degli infermieri che arriveranno in Italia. Vale a dire un grande esempio di circolarità fatta di valori, professionalità, umanità, un fare tipico dello spirito cristiano che si respira nelle nostre istituzioni socio-sanitarie cattoliche seguendo gli insegnamenti di Cristo".



btr

Samaritanus Care: un progetto della Chiesa italiana per assumere infermieri da Paesi esteri.

 By Comitato di Redazione 19 Maggio 2024



Infermieri, Oss, Professionisti Sanitari: come funziona lo straordinario.

Obiettivo della CEI: mille infermieri all'anno laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo.

La Chiesa italiana lancia il progetto "Samaritanus Care" per contrastare la carenza di

infermieri negli ospedali e nelle strutture socio-sanitarie del Paese. L'iniziativa, promossa da Aris e Uneba, le due principali realtà socio-sanitarie cattoliche italiane con il patrocinio della Cei, mira ad assumere mille infermieri all'anno laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo.

Un progetto nato per fronteggiare una grave emergenza

Come sottolineato da don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, la carenza di infermieri in Italia è una vera e propria "voragine assistenziale" che rischia di aggravarsi ulteriormente nei prossimi anni. Secondo le stime, entro il 2029 il sistema sanitario italiano potrebbe perdere oltre 100.000 infermieri.

Samaritanus Care: come funziona

Il progetto Samaritanus Care si propone di colmare questo gap individuando infermieri laureati nelle università cattoliche di tutto il mondo e facendoli trasferire in Italia per essere assunti nelle strutture socio-sanitarie cattoliche per un periodo di almeno tre anni. Le spese di preparazione, tra cui lo studio della lingua italiana, e quelle organizzative per il reclutamento e il trasferimento saranno a carico delle strutture sanitarie di destinazione.

Accoglienza positiva e prospettive future

Il progetto è stato accolto con favore da diverse figure istituzionali, tra cui il ministro della Salute Orazio Schillaci. Inoltre, ha già trovato terreno fertile in alcuni Paesi in via di sviluppo, come Camerun, Perù, Nigeria, India, Tanzania e Congo, dove ha suscitato l'interesse di molti giovani infermieri.

Oltre all'assunzione diretta, il progetto prevede anche la possibilità di attivare un programma Erasmus per gli studenti laureandi nelle università cattoliche estere, permettendo loro di completare gli studi in Italia e di acquisire competenze linguistiche e professionali utili per un futuro inserimento nel sistema sanitario italiano.

Un'iniziativa a favore della sanità italiana e dei Paesi in via di sviluppo

Samaritanus Care si configura come un'iniziativa di grande valore, non solo per la sua capacità di contribuire a risolvere la carenza di infermieri in Italia, ma anche per il suo potenziale di favorire lo scambio di competenze e professionalità tra Paesi. Come affermato da Franco Massi, presidente Uneba, gli infermieri che arriveranno in Italia avranno l'opportunità di lavorare in strutture di eccellenza e di acquisire competenze che potranno poi mettere a frutto anche nei loro Paesi d'origine.

L'impegno della Chiesa italiana nella lotta alla carenza di personale sanitario si concretizza in un progetto ambizioso e lungimirante, che rappresenta un esempio di solidarietà, cooperazione e attenzione al bene comune.



NT NEWS

Mille infermieri all'anno da tutti i continenti per gli ospedali cattolici italiani. Aris, Uneba e Cei presentano "Samaritanus Care"

REDAZIONE NURSE TIMES - 18/05/2024



Cei: "La Chiesa italiana con Samaritanus Care affronta la grande fuga degli infermieri assumendo laureati dalle università cattoliche estere e tra i missionari del Terzo Mondo"

"Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all'anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie". È la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane. "Quasi una missione impossibile diventata possibile", confida con fare piuttosto deciso don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto "Samaritanus Care".

Si tratta – spiega il monsignore – del piano varato da Aris e Uneba – le due più importanti istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei – per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane.



Da Aris, Uneba, Cei “Samaritanus Care”: mille infermieri l’anno dall’estero per le strutture cattoliche

18/05/2024

“Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri l’anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie”. È la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane.

“Quasi una mission impossibile diventata possibile”, ha affermato **don Massimo Angelelli**, direttore dell’Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto [“Samaritanus Care”](#), per far giungere dall’estero infermieri già formati da inserire nelle 1.370 strutture associate ad Aris e Uneba (per complessivi 115mila posti letto), cioè le due maggiori associazioni di categoria dei settori sanitario e sociosanitario di ispirazione cattolica. Associazioni che sostengono il progetto.

Il Progetto Samaritanus Care nasce per rispondere ad una carenza strutturale di infermieri che si è andata aggravando nel corso degli anni. È il primo progetto della Fondazione Samaritanus, costituita per volontà delle Associazioni nazionali **ARIS** e UNEBA in qualità di Fondatori, con il patrocinio dell’Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana, e sostiene le misure per lo sviluppo di politiche attive del lavoro.

Attraverso convenzioni con università, o eventuali entità formative equipollenti, nei diversi continenti, il Progetto Samaritanus Care si propone di invitare infermieri disposti a lavorare in Italia nelle strutture associate ad Aris o Uneba, le due maggiori associazioni di categoria

delle strutture non profit dei settori sanitario e sociosanitario cattoliche e di ispirazione cristiana, con centinaia di enti iscritti in tutta Italia. Da qui il primo obiettivo del Progetto: promuovere l'assunzione in Italia di infermieri.

L'obiettivo è quello di dar vita a un "sistema circolare" che porti professionisti sanitari in Italia negli anni successivi al conseguimento del diploma universitario in modo tale da consentire il soddisfacimento della grande richiesta di personale, ma che rappresenti contestualmente un arricchimento di competenze che permetta ai lavoratori di tornare nel proprio paese con un alto valore aggiunto che incentivi così altri lavoratori a fare lo stesso innescando un circolo virtuoso per tutti i paesi interessati.

Con lo scopo di reperire candidati sono state stabilite collaborazioni con università e istituti in Nigeria, Tanzania, Repubblica Democratica del Congo, Camerun, Argentina, Perù e India. I referenti della Fondazione nei vari Paesi, di concerto con le Università, selezionano i candidati e provvedono ad iscriverli sul portale web di gestione del Progetto.

Il Progetto Samaritanus Care supporta i professionisti sanitari nei vari processi burocratici a partire dal Paese di origine fino all'arrivo in Italia, organizzando, se necessario, corsi di intensivi certificati di lingua italiana e corsi accademici integrativi. Il fine ultimo è l'ottenimento dell'equipollenza di studi di diplomi e lauree conseguite in paesi extra-UE nonché il riconoscimento dal Ministero della Salute e l'iscrizione all'OPI.

In meno di un mese dall'apertura delle iscrizioni, diverse decine di strutture si sono registrate sul sito della Fondazione Samaritanus, manifestando il proprio interesse per il Progetto Samaritanus Care.

Il progetto è stato concepito nel 2021 in piena pandemia e messo a punto col varo del "Samaritanus Care" nella speranza di coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria "voragine" assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029.

Una situazione illustrata nel corso della conferenza stampa da **Beatrice Mazzoleni**, segretaria nazionale Fnopi, secondo la quale nei "prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità". Un perdita secca che "già dal 2022 grava

sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti". Ma che, avverte Mazzoleni, è destinata "ad aggravarsi sempre di più" a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero, dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

"Si potrebbe anche prevedere – Mazzoleni ha aggiunto – che chi accetta di venire in Italia possa completare qui la sua formazione professionale, compresa la conoscenza della lingua".

D'accordo padre **Virginio Bebber**, presidente Aris, che, oltre a ricordare che il Progetto Samaritanus Care "è una risposta della Chiesa italiana per far fronte a una carenza infermieristica destinata a gravare pericolosamente sui nostri pazienti", ha proposto un vero e proprio Erasmus per i giovani laureandi nelle università cattoliche estere per permettere loro di laurearsi in Italia, imparando quindi bene la lingua ed essere pronti per l'inserimento nelle istituzioni sanitarie italiane.

"Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva a queste problematiche", spiega don **Angelelli**, aggiungendo che l'iniziativa, "accolta con favore anche dal ministro della Salute Orazio Schillaci", prevede l'individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per "essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche" per un periodo di almeno tre anni. Particolare di non poco conto, "la preparazione, specialmente lo studio della lingua italiana, e le spese organizzative necessarie per individuare i candidati e farli trasferire nel nostro Paese, saranno a totale carico delle istituzioni sanitarie di destinazione", assicura il Direttore dell'Ufficio per la Pastorale della Salute della Cei.

"Questa iniziativa è un segno di speranza – ha sottolineato sua volta **Franco Massi**, presidente Uneba –. Così come l'Aris, abbiamo fornito la massima disponibilità dell'Uneba, per un percorso che metta al centro l'uomo e la cura del malato. Ai giovani infermieri che arriveranno in Italia – ha detto – sarà offerta l'opportunità di lavorare in istituti di eccellenza ed acquisire competenze professionali di alto livello, che potranno mettere a frutto, non solo nei nostri ospedali, ma soprattutto quando torneranno nei loro Paesi".

Bellomo (Aris Lazio): “Approvazione ristori 2021 un atto di lealtà, sensibilità e di responsabilità politica”

17 MAG - “Un atto di lealtà, di sensibilità e di responsabilità politica”. Così **Michele Bellomo**, Presidente di **ARIS** Lazio, ha commentato, in una nota, l'approvazione, da parte della Commissione Bilancio della Regione Lazio, della proposta di legge attraverso la quale vengono stanziati 56 milioni di euro, come rimborsi per i costi fissi sostenuti dalle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale durante l'emergenza Covid nel 2021.

“Finalmente – ha aggiunto Bellomo – con questo provvedimento si sana una spiacevole situazione creatasi nei rapporti con la precedente governance regionale, che aveva praticamente omesso di provvedere ad erogare i fondi messi a disposizione dal Governo anche per le strutture accreditate a titolo di ristoro per le spese sostenute per far fronte all'emergenza sanitaria”. Va ricordato che durante la drammatica pandemia che ha sconvolto il Paese, le strutture sanitarie accreditate hanno dato il loro pieno contributo per fronteggiare l'emergenza pur senza interrompere i loro servizi, a fronte del riconoscimento di una forma di fatturazione forfetaria, pari al 90 per cento del budget assegnato.

Nello specifico, la proposta di legge presentata dall'assessore Giancarlo Righini, approvata precedentemente in Giunta regionale, autorizza il trasferimento dei fondi - quale contributo una tantum, a valere sulle annualità 2024 - 2030 - dalle Aziende sanitarie alle strutture private accreditate, che sono regolarmente in possesso di un valido accordo contrattuale sottoscritto tra le parti. L'atto della Regione Lazio rientra nell'ambito del fondo straordinario "Ristori" per il 2020 e il 2021, gli anni più difficili della pandemia.

“Un ringraziamento particolare – ha detto Bellomo – va al Presidente Rocca per aver dato seguito pubblicamente a quanto da noi richiesto e da lui promesso per sanare una situazione che vedeva colpite ingiustamente le strutture Sanitarie Accreditate che avevano dato un contributo fondamentale alla lotta alla pandemia”.

“Ci ha fatto piacere che il Presidente Rocca – ha concluso Bellomo – abbia detto chiaramente che la precedente Amministrazione Regionale non aveva mantenuto gli impegni presi a causa della cattiva gestione dei finanziamenti. Da qui la nostra gratitudine ed il sincero ringraziamento al Presidente, alla Giunta Regionale tutta ed alla Direzione Regionale per aver dato seguito alle promesse”.

17 maggio 2024

Cei, un progetto per favorire ingressi di infermieri in Italia Cei, un progetto per favorire ingressi di infermieri in Italia Fnopi, nei prossimi 4 anni 100mila operatori sanitari in meno

(ANSA) - ROMA, 17 MAG - "Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all'anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e di comunità missionarie". E' la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane. "Quasi una mission impossibile diventata possibile", confida don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera a Roma il progetto "Samaritanus Care". Si tratta - spiega - del piano varato da Aris e Uneba, le due istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei, per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia.

Per Beatrice Mazzoleni, segretaria della Federazione nazionale operatori infermieristici (Fnopi), "nei prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità". Una perdita che "già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri".

Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata "ad aggravarsi sempre di più" a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

"Il progetto Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva in un prossimo immediato futuro a queste problematiche", spiega don Angelelli, aggiungendo che l'iniziativa, "accolta con favore anche dal ministro della Salute Orazio Schillaci", prevede l'individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per "essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche" per un periodo di almeno tre anni. (ANSA).

LaPresse - Bellomo: approvazione ristori 2021 un atto di lealtà, sensibilità e responsabilità politica

Sanità: Aris, approvazione ristori 2021 ai privati accreditati è atto responsabilità Sanità: Aris, approvazione ristori 2021 ai privati accreditati è atto responsabilità Roma, 17 mag. (LaPresse) - "Un atto di lealtà, di sensibilità e di responsabilità politica". Così Michele Bellomo, Presidente di ARIS Lazio, ha accolto l'approvazione, da parte della Commissione Bilancio della Regione Lazio, della proposta di legge attraverso la quale vengono stanziati 56 milioni di euro, come rimborsi per i costi fissi sostenuti dalle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale durante l'emergenza Covid nel 2021. "Finalmente – ha aggiunto Bellomo – con questo provvedimento si sana una spiacevole situazione creatasi nei rapporti con la precedente governance regionale, che aveva praticamente omesso di provvedere ad erogare i fondi messi a disposizione dal Governo anche per le strutture accreditate a titolo di ristoro per le spese sostenute per far fronte all'emergenza sanitaria". Va ricordato che durante la drammatica pandemia che ha sconvolto il Paese, le strutture sanitarie accreditate hanno dato il loro pieno contributo per fronteggiare l'emergenza pur senza interrompere i loro servizi, a fronte del riconoscimento di una forma di fatturazione forfetaria, pari al 90 per cento del budget assegnato. Nello specifico, la proposta di legge presentata dall'assessore Giancarlo Righini, approvata precedentemente in Giunta regionale, autorizza il trasferimento dei fondi - quale contributo a tantum, a valere sulle annualità 2024 - 2030 - dalle Aziende sanitarie alle strutture private accreditate, che sono regolarmente in possesso di un valido accordo contrattuale sottoscritto tra le parti. L'atto della Regione Lazio rientra nell'ambito del fondo straordinario "Ristori" per il 2020 e il 2021, gli anni più difficili della pandemia. "Un ringraziamento particolare – ha detto Bellomo – va al Presidente Rocca per aver dato seguito pubblicamente a quanto da noi richiesto e da lui promesso per sanare una situazione che vedeva colpite ingiustamente le strutture Sanitarie Accreditate che avevano dato un contributo fondamentale alla lotta alla pandemia". "Ci ha fatto piacere che il Presidente Rocca – ha concluso Bellomo – abbia detto chiaramente che la precedente Amministrazione Regionale non aveva mantenuto gli impegni presi a causa della cattiva gestione dei finanziamenti. Da qui la nostra gratitudine ed il sincero ringraziamento al Presidente, alla Giunta Regionale tutta ed alla Direzione Regionale per aver dato seguito alle promesse". CRO NG01 gib/kat 171831 MAG 24 *****

SANITÀ. SAMARITANUS, MILLE INFERMIERI ANNO DA PAESI VIA SVILUPPO

DRS0088 3 LAV 0 DRS / WLF SANITÀ. SAMARITANUS, MILLE INFERMIERI ANNO DA PAESI VIA SVILUPPO PRESENTATO A ROMA IL PROGETTO CEI CON ARIS E UNEBA (DIRE) Roma, 17 mag. - "Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all'anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie". E' la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane. "Quasi una mission impossibile diventata possibile", confida con fare piuttosto deciso don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio nazionale per la pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto "Samatitanus Care". Si tratta - spiega Angelelli - del piano varato da Aris e Uneba - le due più importanti istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei - per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia, messo a punto col varo del "SAMARITANUS Care" nella speranza di coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria "voragine" assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029. Cifre illustrate nel corso della conferenza stampa da Beatrice Mazzoleni, segretaria della Fnopi (Federazione nazionale operatori infermieristici), secondo la quale nei "prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità". Un perdita secca che "già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti". Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata "ad aggravarsi sempre di più" a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

SANITÀ. SAMARITANUS, MILLE INFERMIERI ANNO DA PAESI VIA SVILUPPO -3-

DRS0090 3 LAV 0 DRS / WLF SANITÀ. SAMARITANUS, MILLE INFERMIERI ANNO DA PAESI VIA SVILUPPO -3- (DIRE) Roma, 17 mag. - Padre Virginio Bebber, presidente Aris, oltre a ricordare che il progetto SAMARITANUS Care "è una risposta della Chiesa italiana per far fronte a una carenza infermieristica destinata a gravare pericolosamente sui nostri pazienti", ha lanciato un'altra proposta, l'Erasmus per i giovani laureandi nelle università cattoliche estere. "In questo modo - ha spiegato Bebber - potremo avere giovani studenti dei Paesi esteri che potrebbero laurearsi in Italia, imparando quindi bene la nostra lingua, e quindi pronti per essere inseriti nelle nostre istituzioni sanitarie". In sintonia col presidente Aris, Franco Massi (presidente Uneba) che ha tenuto a sottolineare che "ai giovani infermieri che arriveranno in Italia sarà offerta l'opportunità di lavorare in istituti di eccellenza ed acquisire competenze professionali di alto livello, che potranno mettere a frutto, non solo nei nostri ospedali, ma soprattutto quando torneranno nei loro Paesi". Da Enrico Bollero, presidente della Fondazione SAMARITANUS, un "plauso all'iniziativa che, grazie alla Cei, permesso il varo di un vero e proprio network socio-assistenziale ed infermieristico utile per la nostra sanità e nello stesso tempo anche per i paesi d'origine degli infermieri che arriveranno in Italia. Vale a dire un grande esempio di circolarità fatta di valori, professionalità, umanità, un fare tipico dello spirito cristiano che si respira nelle nostre istituzioni socio-sanitarie cattoliche seguendo gli insegnamenti di Cristo".

Progetto “Samaritanus Care”: 1000 infermieri all’anno in arrivo dalle Università Cattoliche e dalle comunità missionarie per sostenere la carenza di personale. Ecco la sfida della Chiesa Italiana e della nostra Federazione

coinanews.it/progetto-samaritanus-care-1000-infermieri-allanno-in-arrivo-dalle-universita-cattoliche-e-dalle-comunita-missionarie-per-sostenere-la-carenza-di-personale-ecco-la-sfida-della-chiesa-italiana-e/

Redazione Coinanews

17 Maggio 2024



“Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all’anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e comunità missionarie”. È la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane.

“Quasi una mission impossibile diventata possibile”, confida con fare piuttosto deciso don **Massimo Angelelli**, direttore dell’Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera in Italia di via del Plebiscito, a Roma, il progetto “Samatitanus Care”.

Si tratta – spiega il monsignore – del piano varato da Aris e Uneba – le due più importanti istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei – **per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia,**

messo a punto col varo del “Samaritanus Care” nella speranza di coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria “voragine” assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029.

Cifre illustrate nel corso della conferenza stampa da **Beatrice Mazzoleni**, segretaria della Fnopi (Federazione nazionale operatori infermieristici), secondo la quale nei “prossimi 4 anni l’attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità”. Un perdita secca che “già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti”. Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata “ad aggravarsi sempre di più” a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all’estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

La Redazione CoinaNews

Cei, un progetto per favorire ingressi di infermieri in Italia Cei, un progetto per favorire ingressi di infermieri in Italia Fnopi, nei prossimi 4 anni 100mila operatori sanitari in meno

(ANSA) - ROMA, 17 MAG - "Far arrivare in Italia un migliaio di infermieri all'anno assunti dai Paesi esteri sedi di università cattoliche e di comunità missionarie". E' la sfida lanciata dalla Chiesa italiana per far fronte nei prossimi anni alla grande fuga di personale infermieristico dagli ospedali e dalle istituzioni socio-sanitarie italiane. "Quasi una mission impossibile diventata possibile", confida don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, presentando nella sede della Stampa Estera a Roma il progetto "Samaritanus Care". Si tratta - spiega - del piano varato da Aris e Uneba, le due istituzioni socio-sanitarie cattoliche patrocinate dalla stessa Cei, per assumere infermieri laureati negli atenei cattolici dei Paesi in via di sviluppo da inserire negli ospedali e case di cura italiane. Un progetto, concepito nel 2021 in piena pandemia.

Per Beatrice Mazzoleni, segretaria della Federazione nazionale operatori infermieristici (Fnopi), "nei prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità". Una perdita che "già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri".

Ma che, avverte la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata "ad aggravarsi sempre di più" a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

"Il progetto Samaritanus Care vuole dare una risposta concreta e possibilmente risolutiva in un prossimo immediato futuro a queste problematiche", spiega don Angelelli, aggiungendo che l'iniziativa, "accolta con favore anche dal ministro della Salute Orazio Schillaci", prevede l'individuazione di infermieri laureati nelle università cattoliche sparse nel mondo da far venire in Italia per "essere assunti nelle istituzioni socio-sanitarie cattoliche" per un periodo di almeno tre anni. (ANSA).

LaPresse - Bellomo: approvazione ristori 2021 un atto di lealtà, sensibilità e responsabilità politica

Sanità: Aris, approvazione ristori 2021 ai privati accreditati è atto responsabilità Sanità: Aris, approvazione ristori 2021 ai privati accreditati è atto responsabilità Roma, 17 mag. (LaPresse) - "Un atto di lealtà, di sensibilità e di responsabilità politica". Così Michele Bellomo, Presidente di ARIS Lazio, ha accolto l'approvazione, da parte della Commissione Bilancio della Regione Lazio, della proposta di legge attraverso la quale vengono stanziati 56 milioni di euro, come rimborsi per i costi fissi sostenuti dalle strutture private accreditate con il Servizio sanitario regionale durante l'emergenza Covid nel 2021. "Finalmente – ha aggiunto Bellomo – con questo provvedimento si sana una spiacevole situazione creatasi nei rapporti con la precedente governance regionale, che aveva praticamente omesso di provvedere ad erogare i fondi messi a disposizione dal Governo anche per le strutture accreditate a titolo di ristoro per le spese sostenute per far fronte all'emergenza sanitaria". Va ricordato che durante la drammatica pandemia che ha sconvolto il Paese, le strutture sanitarie accreditate hanno dato il loro pieno contributo per fronteggiare l'emergenza pur senza interrompere i loro servizi, a fronte del riconoscimento di una forma di fatturazione forfetaria, pari al 90 per cento del budget assegnato. Nello specifico, la proposta di legge presentata dall'assessore Giancarlo Righini, approvata precedentemente in Giunta regionale, autorizza il trasferimento dei fondi - quale contributo a tantum, a valere sulle annualità 2024 - 2030 - dalle Aziende sanitarie alle strutture private accreditate, che sono regolarmente in possesso di un valido accordo contrattuale sottoscritto tra le parti. L'atto della Regione Lazio rientra nell'ambito del fondo straordinario "Ristori" per il 2020 e il 2021, gli anni più difficili della pandemia. "Un ringraziamento particolare – ha detto Bellomo – va al Presidente Rocca per aver dato seguito pubblicamente a quanto da noi richiesto e da lui promesso per sanare una situazione che vedeva colpite ingiustamente le strutture Sanitarie Accreditate che avevano dato un contributo fondamentale alla lotta alla pandemia". "Ci ha fatto piacere che il Presidente Rocca – ha concluso Bellomo – abbia detto chiaramente che la precedente Amministrazione Regionale non aveva mantenuto gli impegni presi a causa della cattiva gestione dei finanziamenti. Da qui la nostra gratitudine ed il sincero ringraziamento al Presidente, alla Giunta Regionale tutta ed alla Direzione Regionale per aver dato seguito alle promesse". CRO NG01 gib/kat 171831 MAG 24 *****

Samaritanus Care: il progetto della CEI per far fronte alla enorme carenza di personale infermieristico dei prossimi anni



Tempo di lettura: 3 min.

18/05/2024 - 09:44 Venerdì 17 maggio, a Palazzo Grazioli in **Roma** presso la Sala Stampa estera, si è tenuta la conferenza stampa di presentazione di Samaritanus Care, progetto per l'inserimento nelle strutture sanitarie e sociosanitarie associate ad Aris o Uneba, di infermieri che hanno conseguito la laurea in istituzioni cattoliche in Africa, America, Asia.

Obiettivo di Samaritanus Care è dare risposta alla grave carenza di infermieri in **Italia** e garantire alle persone fragili prese in carico dalle suddette strutture, a partire dagli anziani non autosufficienti, l'assistenza qualificata di cui hanno bisogno e diritto.

Il Progetto nasce su iniziativa della Fondazione Samaritanus, costituita da Aris e Uneba, le due maggiori associazioni rappresentanti le Istituzioni sanitarie e sociosanitarie cattoliche e di ispirazione cristiana, con il patrocinio dell'Ufficio Nazionale per la pastorale della salute della Conferenza Episcopale Italiana.

Come ricordato da don Massimo Angelelli, direttore dell'Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute della Cei, il progetto, concepito nel 2021 in piena **pandemia** e messo a punto col varo del “Samaritanus Care”, è finalizzato a coprire le carenze infermieristiche nostrane alle prese con una vera e propria “voragine” assistenziale destinata a toccare picchi spaventosi entro il 2029, come ha illustrato Beatrice Mazzoleni, segretaria della **Fnopi** (Federazione nazionale operatori infermieristici), secondo la quale nei “prossimi 4 anni l'attuale quadro di circa 460 mila infermieri perderà oltre 100 mila unità.

Un perdita secca che già dal 2022 grava sul nostro sistema sanitario con una carenza di circa 65 mila infermieri mancanti ma che, secondo la segretaria della federazione degli infermieri, è destinata ad aggravarsi sempre di più a causa di pensionamenti, dimissioni, trasferimenti all'estero dove i trattamenti economici sono notoriamente superiori a quelli riconosciuti al personale infermieristico italiano.

Nel corso della conferenza stampa ci sono alternate testimonianze di operatori sanitari in collegamento e in presenza da **Camerun, Perù, Nigeria, India, Tanzania e Congo** dove il progetto Samaritanus Care ha trovato buona accoglienza tra i giovani infermieri ed è già decollato.

Queste le parole di Padre Virginio Bebber, presidente di Aris:

*“Il progetto Samaritanus Care è una risposta della Chiesa italiana per far fronte a una carenza infermieristica destinata a gravare **pericolosamente** sui nostri pazienti”.*

Per tale motivo ha lanciato un'altra proposta, l'Erasmus per i giovani laureandi nelle università cattoliche estere:

“In questo modo – ha spiegato Bebber – potremo avere giovani studenti dei Paesi esteri che potrebbero laurearsi in Italia, imparando quindi bene la nostra lingua, e quindi pronti per essere inseriti nelle nostre istituzioni sanitarie”.

Sulla stessa linea Franco Massi, presidente di Uneba:

“Ai giovani infermieri che arriveranno in Italia sarà offerta l'opportunità di lavorare in istituti di eccellenza ed acquisire competenze professionali di alto livello, che potranno mettere a frutto, non solo nei nostri ospedali, ma soprattutto quando

torneranno nei loro Paesi”.

Infine Enrico Bollero, presidente della Fondazione Samaritanus:

“Plaudo all’iniziativa che, grazie alla Cei, ha permesso il varo di un vero e proprio network socio-assistenziale ed infermieristico utile per la nostra sanità e nello stesso tempo anche per i paesi d’origine degli infermieri che arriveranno in Italia. Vale a dire un grande esempio di circolarità fatta di valori, professionalità, umanità, un fare tipico dello spirito cristiano che si respira nelle nostre istituzioni socio-sanitarie cattoliche seguendo gli insegnamenti di Cristo”.



Autore **Vincenzo Petrosino** (/profilo-utente/vincenzopetrosino)

Categoria **Salute** (/salute)

(<https://www.linkedin.com/in/vincenzo-petrosino->

<https://www.linkedin.com/in/vincenzo-petrosino-735/>)



la Repubblica

Searching for a new way.



montura.com

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari

Lunedì 20 maggio 2024

Oggi con Affari&Finanza

Abbonamento €1,70

L'INCIDENTE

Iran, mistero su Raisi

Precipita in montagna l'elicottero del presidente, a bordo anche il ministro degli Esteri. Soccorsi ostacolati dal meteo. Nebbia sotto accusa, giallo sulla sorte dei passeggeri. Bruxelles aiuta le ricerche con i satelliti. Israele: non c'entriamo. Lotta di potere a Teheran. Khamenei: preghiamo per lui. Usa in allarme

Il commento

Quando il caso devia la Storia

di Enrico Franceschini

L'epoca in cui viviamo è così fragile ed incerta che ogni evento imprevisto può fare temere una "nuova Sarajevo".

alle pagine 25



Il video Ebrahim Raisi a bordo dell'elicottero prima dell'incidente

L'elicottero che trasportava il presidente iraniano Ebrahim Raisi è stato coinvolto in un incidente sulle montagne al confine con l'Azerbaijan. A bordo anche il ministro degli Esteri. Teheran conferma che il velivolo ha avuto «un atterraggio brusco». Mistero sulla sorte dei passeggeri. Le ricerche sono ostacolate dalle difficili condizioni meteo. Stati Uniti e Israele in allarme per la stabilità dell'Iran: evitare l'escalation.

di Brera, Colarusso, Di Feo e Mastrolilli alle pagine 2, 3 e 4

Economia

Cosa resta del Jobs Act: più occupazione ma salari bassi

di Valentina Conte

La battaglia sul Jobs Act, rilanciata da referendum della Cgil, sta spaccando il Pd. La segretaria Schlein l'ha firmato, come altri leader d'opposizione, Conte, Bonelli e Frattoni, lasciando ai suoi libertà di scelta.

alle pagine 11

Landini: ora tutele e diritti sul lavoro



Maurizio Landini, Cgil

di Mauro Favale

alle pagine 16

Difendersi dalla Cina senza i dazi

di Filippo Santelli

alle pagine 24

Il meeting delle destre a Madrid

Meloni-Le Pen "Insieme sfidiamo l'Europa"

L'editoriale

Trump e la spada nella roccia

di Ezio Mauro

Nell'inquietudine permanente della democrazia, torna il dubbio sul punto di equilibrio tra lo scettro e la spada. Quell'equilibrio costruito a caro prezzo nel Novecento può spostarsi, anzi si è già spostato, tanto che l'Economist si domanda se l'America è a prova di dittatore e, davanti alla possibilità che Donald Trump ritorni alla Casa Bianca con la sua carica eversiva intatta e la minaccia insurrezionale già sperimentata con l'assalto al Campidoglio, pone la grande questione con cui non pensavamo di doverci confrontare nella confusione di questo inizio secolo: la democrazia - mentre è sfidata all'esterno dalla guerra - è in condizione di reggere al nemico interno potenziale che può decidere di attaccarla per spodestarla, cavalcando le debolezze del sistema occidentale e la sfiducia del cittadino deluso?

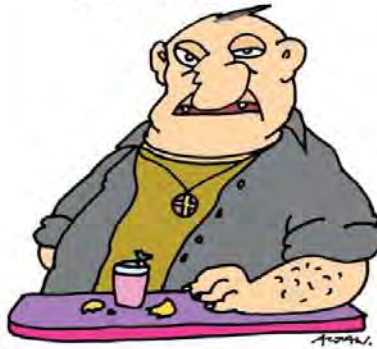
alle pagine 25

La premier Meloni interviene in video collegamento alla kermesse di Vox, a Madrid, e chiama a raccolta le destre: «Un cambio in Europa è possibile se i conservatori saranno uniti. Siamo il motore del rinascimento». E attacca «le maggioranze innaturali», le teorie gender e il Green Deal. Le Pen: «Con Meloni ci sono punti in comune».

di Ciriaco, Ginori, Perilli e Vitale alle pagine 6 e 7

Altan

AMMAZZO UNO, POI PRENDO IL SUV E VADO SULLA RIVA DEL FIUME A VEDERE IL CADAVERE CHE PASSA.



Wherever you go. Searching for a new way. Scopri le avventure di Lorenzo Barone su montura.com

Mappe

Il 60 per cento dei giovani crede nella Ue

di Ilvo Diamanti

Siamo alla vigilia del voto per rinnovare il Parlamento Europeo. Una scadenza importante non solo per l'Europa. Anche per l'Italia, dove il voto ha già assunto un significato politico "interno". Per valutare i rapporti di forza fra partiti di maggioranza e opposizione.

alle pagine 9

Internazionali di tennis



Errani e Paolini il sorriso vincente di due generazioni

di Paolo Rossi

alle pagine 35

CORRIERE DELLA SERA

KES

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 39 C - Tel. 06 688294

DEL LUNEDÌ

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

VALLEVERDE logo and brand name



Un altro show sul Mortirolo L'impresa di Pogacar che incanta il Giro d'Italia di Marco Bonarrigo e Aldo Grasso alle pagine 48 e 49



L'uscita di Zhang Inter, la festa e il caos società di Bertolino, Bocci e Tomaselli alle pagine 44 e 45



L'allarme dopo una missione in Azerbaijan. A bordo c'era anche il ministro degli Esteri. Biden segue la crisi, aiuti per le ricerche da Ankara e Mosca

Iran, il dramma del presidente

Cade l'elicottero di Raisi. Teheran: un incidente. Il maltempo ostacola i soccorsi. Khamenei: pregate

FRATTURA INCURABILE

di Barbara Stefanelli

«Pregate per il nostro presidente Ebrahim Raisi». L'appello a tutti gli iraniani è arrivato dai canali ufficiali mentre, ieri sera, le ricerche dell'elicottero disperso al confine con l'Azerbaijan erano ancora in corso. Neppure una manciata di minuti dopo l'esortazione — a «restare uniti e devoti» — l'ironia dei dissidenti già circolava furibonda, inarrestabile: «Sì, preghiamo, ma forse non ci auguriamo lo stesso finale...». La frattura è netta, scomposta, incurabile. Perché Raisi, 63 anni, in testa il turbante nero che secondo la tradizione dell'Islam scelta richiama una discendenza da Maometto, racchiude nella sua biografia la storia controversa e drammatica della Repubblica islamica iraniana: dalla Rivoluzione — celebrata anche in Occidente — che nel 1979 portò alla caduta dello scia, alla brutale contrazione della speranza e dei diritti che in 45 anni ha cementato una teocrazia illiberale e sessista, ingiusta quanto inefficace, incapace di mantenere anche una sola delle promesse di giustizia sociale delle origini.

continua a pagina 34

di Monica Ricci Sargentini

Giallo sulla sorte del presidente dell'Iran Ebrahim Raisi, dopo che l'elicottero su cui volava con il ministro degli Esteri ha avuto un incidente al rientro dall'Azerbaijan. Atterraggio d'emergenza? Schianto per la nebbia? Il Paese segue con il fiato sospeso.

da pagina 2 a pagina 9

IL RITRATTO

Il giudice feroce che decise migliaia di esecuzioni

di Andrea Nicastro

In una cassetta a nastro ha più di 36 anni, ma la voce di Ebrahim Raisi si riconosce bene. «Dovete fermare le esecuzioni», gli dice un vecchio. Il presidente iraniano, allora 28enne, risponde: «Ne abbiamo uccisi 750, ancora 200 e abbiamo finito».

continua a pagina 3



Il presidente iraniano Ebrahim Raisi. 63 anni, ieri all'inaugurazione della diga di Qiz Qalasi, al confine con l'Azerbaijan

IN PRIMO PIANO

IL GOVERNO, I VOLTI

Gli scenari Chi tiene le fila del potere

di Greta Privitera a pagina 5

DA KHOMEINI A OGGI

Una lunga storia di misteri e complotti

di Guido Olimpio a pagina 6

L'INTERVISTA BREMMER

«Ma il regime degli ayatollah non è indebolito»

di Samuele Finetti alle pagine 2 e 3

LA PICCOLA ASIA E L'ODIO SUI SOCIAL

L'olio di ricino digitale

di Walter Veltroni

Asia, una bambina di 1,4 anni malata di tumore al rene, ha ricevuto un messaggio dal capo dello Stato che, in un tempo civile, non avrebbe mai dovuto raggiungerla.

continua a pagina 34

DATA ROOM Farmacie, svolta e regole

di Milena Gabanelli e Simona Ravizza

I farmacisti vendono prodotti beauty e servizi sanitari, e ora potrà svolgere esami medici rimborsabili dal Ssn. Chi ci guadagna? E chi disciplina i conflitti di interesse?

a pagina 27

GIANNELLI

DECRETI OMNIBUS



LA SENTINELLA

Politica La premier e Le Pen ospiti di Vox Ue, la sfida delle destre Meloni: «Ora si cambia»

di Francesca Basso e Monica Guerzoni

Giorgia Meloni ospite di Vox a Madrid, alla convention «dei patrioti»: «L'Ue che abbiamo in mente — ha detto — deve recuperare l'orgoglio della sua storia e della sua identità. Possiamo crearne una migliore. L'ultima legislatura contrassegnata da priorità e strategie sbagliate». E Le Pen: «Con la premier italiana e Salvini punti in comune».

alle pagine 10 e 11 Luca

L'INTERVISTA GENTILONI

«I fondi Pnrr? Li ha stabiliti un algoritmo»

di Paolo Valentino

«Non fu di Conte il merito, ma di un algoritmo».

a pagina 13

ULTIMO BANCO

di Alessandro D'Avenia

Nascenza

«Sono una mamma e nella vita faccio il lavoro più bello: l'Infermiera. Ho bisogno di aiuto per una ragazza che qualche giorno fa ha deciso di gettarsi da un cavalcavia. Da quel volo è uscita viva ma con il corpo distrutto, avrà una vita in carrozzina. Mi ha confidato che lei è uno dei suoi autori preferiti, allora mi sono chiesta: cosa posso fare per riportarla alla vita? Sì, perché vuole ancora morire. Forse chiedo troppo, ma se c'è una possibilità di riportare il cuore di questa ragazza alla bellezza della vita, perché non provarci? Due righe potrebbero cambiare la vita a lei e ai suoi genitori che sono distrutti». Lettere come questa mi riportano al perché fare lo scrittore e l'insegnante. Infatti «portare alla bellezza della vita», come chiede



questa donna, è di sicuro lo scopo di queste due professioni, e di chissà quante altre... Uno scopo descritto perfettamente dal Nobel per la letteratura Elias Canetti nella sua conferenza-testamento, intitolata «La missione dello scrittore»: «Nessuno sia respinto nel nulla, neanche chi ci starebbe volentieri. Si indagherà sul nulla con l'unico intento di trovare la strada per uscire, e questa strada la si mostri a ognuno». Che cosa dire allora? Che parola? L'occasione ne richiede una nuova, o da riscoprire. La dedico a questa ragazza. Come ripeto spesso vivere è sperare di nascere del tutto, quindi se qualcuno decide di smettere di vivere è perché non spera più che la propria vita abbia e possa raggiungere un compimento.

continua a pagina 31

Advertisement for Obrelli gold jewelry and coins, featuring images of gold bars and coins.

405201

9 771720 438008

IL CASO

Ma quale giustiziere delle strade
Fleximan è un piccolo bandito

FERDINANDO CAMON - PAGINA 21



neto ariano

LA FONDAZIONE

Crt, commissario più vicino
"Il cda non è più governabile"

CLAUDIA LUISE - PAGINA 20

LA TELEVISIONE

Il mio Marconi nella fiction Rai
un genio paragonabile a Jobs

BARBARA VALOTTI - PAGINE 24 E 25



LA STAMPA

LUNEDÌ 20 MAGGIO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.138 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



INTERVENTO DELLA PREMIER AL RADUNO DI VOX, ORBAN; OCCUPIAMO BRUXELLES, SCHLEIN: NOI FIERI ANTIFASCISTI

Meloni e Le Pen: "Cambiamo identità all'Ue"

L'INTERVISTA

Bucci: Segre ha ragione
questi tempi fanno paura

FRANCESCA PACI

Sul comodino Tatiana Bucci tiene «La zona d'interesse», il romanzo di Martin Amis da cui è tratto l'omonimo film che però, a differenza del libro, non ha amato. - PAGINA 18



DE ANGELIS E OLIVO

Meloni, detta "Georgia". «Ha trasformato la politica in Italia», grida lo speaker. - PAGINE 7 E 21

L'ANALISI

La sfida della destra plebea e globale

GIOVANNI ORSINA

Dalla convention Europa vi-
va 24 del partito spagnolo
Vox, ieri a Madrid, la nuova de-
stra globale ha lanciato soprat-
tutto due segnali, uno di etero-
geneità e l'altro di forza. Ha cer-
tamente molto chiaro, quella destra,
che cosa non è e che cosa non
vuole. Si presenta con orgoglio
come una forza di opposizione
e trasformazione, di rottura
profonda rispetto a un esta-
blishment progressista che ritiene
sia stato finora al potere. - PAGINA 7

A BORDO ANCHE IL MINISTRO DEGLI ESTERI. I SOCCORSI OSTACOLATI DALLA NEBBIA. SUI SOCIAL ESULTANO DONNE E OPPOSITORI

Disperso Raisi, Iran decapitato

L'elicottero del presidente precipita ai confini con l'Azerbaigian. L'ayatollah Khamenei: "Preghiamo"

NELLO DEL GATTO E FABIANA MAGRI

L'elicottero su cui viaggiavano il presidente iraniano Ebrahim Raisi e il ministro degli esteri Hossein Amir-Abdollahian, tra gli altri esponenti del regime scita, è caduto in una zona impervia ai confini con l'Azerbaigian. Non sono chiare le dinamiche dell'incidente né la sorte degli occupanti. - PAGINE 2 E 5

IL COMMENTO

Le mosse di Teheran
per blindare il regime

STEFANO STEFANINI

Tutto quel (poco) che sappiamo sull'elicottero del Presidente iraniano Raisi fa pensare a un incidente. Ma in Medio Oriente un incidente non è mai un incidente. - PAGINA 21

IL RITRATTO

Quel figlio del popolo
che piace ai pasdaran

DOMENICO QUIRICO

Nella loggia dei busti post khomenisti che posizione ha (o aveva) se l'incidente di elicottero tra le montagne al confine azero risulterà fatale) Ebrahim Raisi? - PAGINA 3

IL REPORTAGE

Sull'aereo degli aiuti
che sfamano la Striscia

FRANCESCA MANNOCHI

La distanza tra ciò che serve e ciò che manca a Gaza dall'alto si vede bene. Ciò che serve è sul C-130 dell'Aeronautica giordana che ci porta sui cieli della Striscia. - PAGINA 5

LE IDEE

Perché solo la sapienza
può portare alla pace

VITO MANCUSO

Sentiamo di vivere sull'orlo del precipizio: siamo sull'orlo. Non per quanto pensiamo immediatamente, ma perché è fuggita dal mondo la sapienza. - PAGINA 22

A IMOLA VINCE VERSTAPPEN, MA LECLERC TERZO FA SOGNARE LA ROSSA



MARR / THOMPSON / GETTY

IL SONDAGGIO

Effetto Toti sul voto
Ma il 60% dice no
al finanziamento
pubblico dei partiti

ALESSANDRA GHISLERI



L'inchiesta che coinvolge il presidente della Regione Liguria, qualche funzionario e alcuni imprenditori, è un caso complesso che solleva diversi dubbi e riflessioni sul ruolo della politica e della legalità e che, come altre vicende di questo tipo, compromette il rapporto dei cittadini con le istituzioni. Questa situazione riflette meccanicamente una problematica più ampia. - PAGINA 8

L'ECONOMIA

Il debito senza freni
ipoteca per i giovani

ALESSANDRO ROSINA



Il debito pubblico è, prima di tutto, un'ingiustizia generazionale. Quando arriva a livelli molto elevati, superando la capacità di generare ricchezza, di fatto sancisce la rottura del patto generazionale. Se chi è arrivato in pensione pretende giustamente che chi lavora gli garantisca risorse per poter vivere bene - ha fatto lo stesso con le generazioni precedenti - chi entra nel mondo del lavoro si attende che le generazioni andate in pensione non abbiano lasciato un indebitamento che sovrasta le dimensioni dell'economia nazionale. - PAGINA 10

www.frattini.it

IL PERSONAGGIO

Fresu: Insulti per lo lus soli ma un artista deve esporsi

MARINELLA VENEGONI

Paolo Fresu non è un jazzista snob. È un signore alla portata dell'umanità tutta o fin da ragazzo, quando suonava nella banda del suo paese in Sardegna: «Ho trovato nel mio cammino persone e artisti straordinari con i quali ho potuto condividere molto grazie a coloro che sono stati in ascolto». - PAGINA 19

LA STORIA

Il miracolo di Conselice dove la politica è dei ragazzi

MAURIZIO MAGGIANI

Io ne ho viste cose che voi umani non potreste immaginarvi, là nelle terre basse alle porte delle valli nell'ingorgo del Sillaro e del Santerno, nel buio alle porte del canale Zanio, al largo dei bastioni del Destra Reno, nell'indecifrito intrico di fossi e stradelli tra le province di Bologna, Ferrara e Ravenna. - PAGINE 12 E 13



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 140* N° 130
Sped. in A.P. 03/03/2020 con L.46/2024 art.1 c) DC 58

NAZIONALE



Lunedì 20 Maggio 2024 • S. Bernardino da Siena

IL MERIDIANO

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

Uomini, vince Zverev
Errani-Paolini
coppia regina
al Foro Italico

Martucci nello Sport



Battuto il Genoa (1-0)
Un gol per sognare:
l'addio di Lukaku
ai tifosi della Roma

Angeloni, Carina e Lengua nello Sport



Con l'Inter finisce 1-1
Kamada illude
la Lazio è fuori
dalla Champions

Abbate, Dalla Palma e Marcangeli nello Sport

Iran, il presidente disperso

► L'elicottero di Raisi si schianta sulle montagne ► Ipotesi maltempo, Israele: noi non c'entriamo
Pasdaran mobilitati nelle ricerche: rischia la vita L'ayatollah Khamenei: «Continuità assicurata»

L'editoriale

IL FATTORE IMPREVISTO SULLA CRISI

Vittorio Sabadin

L'incidente di cui è rimasto vittima il presidente iraniano Ebrahim Raisi aggiunge altre incertezze al già drammatico scenario del Medio Oriente. Ieri sera il Jerusalem Post commentava che sarebbe difficile trovare in Iran un successore peggiore di lui, e nel governo israeliano si diceva che la nebbia che ha fatto precipitare l'elicottero è stata la migliore alleata del Mossad. Tutte le caratteristiche di Raisi sono infatti quelle che hanno portato spesso Israele ad eliminare (...)

Continua a pag. 21



IRAN Un elicottero caduto esplicito tra la vegetazione, in alta montagna, in Iran. A bordo il presidente Raisi e il suo ministro degli Esteri. Il presidente iraniano ufficialmente è solo disperso. Ma in pochi, attorno alle 20, credono alla possibilità che possa essere ritrovato in vita. Evangelisti e Genah da pag. 2 a pag. 5

Il personaggio Il grande protettore di Hezbollah



Sara Miglionico

Volto inflessibile della Rivoluzione iraniana della prima generazione, di Khomeini e dell'attuale Guida Suprema Khamenei, il presidente Ebrahim Raisi è stato eletto tre anni fa con il 62 per cento dei voti.

A pag. 3

Lo scenario E ora gli Usa temono lo stop al dialogo



Anna Guaita

La prima reazione, in Usa, è stata di incredulità. Come è potuto succedere che il presidente e il ministro degli Esteri abbiano volato insieme in una situazione di pessima visibilità, su elicotterivechi e mal mantenuti?

A pag. 4

Meloni: «Cambiamo l'Europa»

► Schiaffo alla von der Leyen nell'evento di Vox. Schlein: Giorgia affossa le libertà

Andrea Bulleri

Meloni torna a parlare alla platea del partito spagnolo Vox. E rompe definitivamente con Ursula von der Leyen: «Cambiamo l'Europa». La premier in video alla convention dei "patrioti" liquida l'esperienza della commissione Leusentice: «Ue stanca e in declino». Prove di avvicinamento a Le Pen. La segretaria del Pd Schlein: con lei franchisti e trumpiani.

A pag. 6

Le interviste

Bernini: «Atenei, esiste un limite alle proteste»

Mario Ajello

«Proteste in ateneo, studenti prime vittime». Così Bernini. A pag. 9

Urso: «Stellantis deve produrre più auto italiane»

Umberto Mancini

«Tavares aumenti la produzione in Italia». Così Urso. A pag. 10

Il commento

TEORIA GENDER. LE VERE VITTIME SONO LE DONNE

Luca Ricolfi

Il 17 maggio il governo sottoscrive una dichiarazione europea (...)

Continua a pag. 21

Karen Leonardi
Camilla Mozzetti

Una serata con droga e alcol. E la morte di una 26enne romana, trovata sul divano della villetta di Ciampino del suo capo ufficio. La serata passata in un locale alla moda è finita in tragedia. L'uomo: «Non so cosa sia successo». Sul corpo macchie di sangue: possibile l'emorragia interna dopo il mix letale.

A pag. 14

Strage sulle strade

Tragedia di Dimitri dal reality sulla Rai allo schianto fatale

CASERTA Aveva partecipato al reality "Il Collegio", muore in uno schianto con due 20enni. Dimitri Tammara è morto sul colpo. Le lacrime dei fan. Ammalato a pag. 14

L'analisi

IL CORAGGIO CHE MANCA ALLA BCE



Angelo De Mattia

Manca poco più di due settimane alla riunione del Consiglio direttivo della Bce, che il 6 giugno è chiamato a decidere (...)

Continua a pag. 21

NOVITÀ

DORMITA GALATTICA, RISVEGLIO SPAZIALE.

SENZA GELATINA DI ORIGINE ANIMALE

SENZA ZUCCHERI

NON CREA ABITUDINE

PASTIGLIE GOMMOSE

Con Melatonina che aiuta a ridurre il tempo richiesto per prendere sonno. Gli integratori non vanno intesi come sostituti di una dieta variata ed equilibrata e di uno stile di vita sano.

Il Segno di LUCA

GEMELLI, VITALITÀ E BUONUMORE

Ecco che il Sole entra puntuale nel tuo segno dando inizio alla tua stagione. Questa volta si procede di pochi giorni l'arrivo di Giove, pianeta del buonumore e della fortuna, che sarà tuo ospite poco più di un anno. La Luna ti prospetta una giornata all'insegna dell'amore. Dopo un anno difficile, il vento inizia a cambiare e a gonfiare le tue vele. Le difficoltà ci sono ancora, ma ora avrai i superpoteri. **MANTRA DEL GIORNO** Il nuovo ha bisogno di spazio libero.

L'oroscopo a pag. 21

* Tardano con altri quotidiani nei dipartimenti di: nella provincia di Matera, Lucania, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia € 1,20, la domenica € 1,40; in Abruzzo, il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; nel Lazio, il Messaggero - Primo Piano € 1,50; nella provincia di Bari e Foggia, il Messaggero - Nuovi Quotidiani di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; i segreti del barbiere € 1,50 (solo Roma); "Romagna italiana" € 1,50 (in tutto il Lazio).

Sanità pubblica

In venti anni
addio a 50 mila
posti letto

di Bocci, Capelli, Corica
e Del Bello ● alle pagine 4 e 5



C'era una volta la sanità pubblica

di **Michele Bocci**

Anche dopo anni di discussioni su maxi ambulatori con dotazioni tecnologiche, su servizi a domicilio, su centri di riabilitazione o di chirurgia senza ricovero, il luogo simbolo della cura del malato resta sempre lo stesso: il letto ospedaliero. È il centro di gravità permanente attorno a cui ruota l'assistenza ma in Italia è sempre più raro. I dati degli ultimi vent'anni raccontano di una riduzione del 22% dei posti nelle strutture

pubbliche e di una maggiore tenuta delle private convenzionate, che nello stesso periodo hanno visto un calo del 12%. E se si osservano solo gli ultimi 12 anni, i letti delle cliniche private sono praticamente stabili. I tagli non le hanno toccate.

In assoluto, dal 2002 al 2022 gli ospedali hanno perso oltre 50 mila letti. Tra l'altro il calo dei posti è destinato a salire perché nell'ultima rilevazione risentiva ancora degli ef-

fetti del Covid, quando sono state aperte molte degenze che le Regioni stanno chiudendo. E infatti tra il 2020 e il 2022, certificano i numeri del ministero alla Salute, c'è stato un primo calo importante. Se la ten-



denza dovesse proseguire a fine 2024 si arriverà a 80 mila letti in meno rispetto a vent'anni prima.

Il taglio dei posti, perseguito negli anni anche attraverso provvedimenti legislativi, non rappresenta di per sé una cosa negativa. Si tratta di un fenomeno complesso e per valutarlo bisogna tenere conto di più fattori. Il presupposto è che con il progresso della medicina si sono ridotti i tempi di degenza per alcune patologie, ad esempio ci sono interventi chirurgici che richiedono un ricovero molto più breve di un tempo. Poi bisogna calarsi nella realtà italiana, dove la qualità dell'assistenza varia tra le Regioni. Ad esempio, in Piemonte e in Basilicata ci sono 3,7 letti per mille abitanti, in Calabria 2,2 e in Sicilia e Campania 2,6 (ma gli ospedali convenzionati sono numerosi). Eventuali interventi dovrebbero tenere conto di queste differenze. Non solo, i tagli hanno prodotto effetti diversi nelle varie specialità e il risultato è che ci sono più carenze in certi settori, come la medicina interna e la geriatria.

Per valutare la situazione italiana vale la pena anche osservare cosa succede nel resto del mondo, tenendo conto che, in base a statistiche internazionali, la nostra sanità pubblica resta comunque tra quelle che, non senza problemi, raggiungono buoni punteggi in molti degli indicatori sullo stato di salute dei cittadini. Secondo l'Ocse, l'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico, da noi nel 2021 c'erano 3,1 letti pubblici per mille abitanti,

meno che in Giappone (12,6), Germania (7,8), Ungheria (6,8), Francia (5,7), Grecia (4,3) e Portogallo (3,5). Ma un numero inferiore di posti li hanno Spagna e Olanda (3), Usa (2,8), Regno Unito (2,4) e Svezia (2).

Secondo Piero Di Silverio, che guida il sindacato dei medici ospedalieri Anaa, ci vorrebbero 35 mila posti in più, ovviamente tenendo conto dei settori più in crisi. «Quello che succede nei pronto soccorso, dove spesso restano a lungo pazienti che non trovano spazio nei reparti, fa comprendere che il problema c'è». Appare invece enorme, e quindi sovrastimato, il dato diffuso dal Forum delle società scientifiche, secondo il quale mancherebbero, a detta del suo presidente Francesco Cognetti, addirittura 100 mila letti.

«Il sistema doveva un po' dimagrire ma non così tanto». A parlare è Nicola Montano, presidente della Simi, la Società italiana di medicina interna: «Ci vogliono un po' più di letti ospedalieri e bisogna ripristinare tanti di quelli di bassa intensità, anche di lungodegenza, che un tempo esistevano». Secondo il medico va però valutata la situazione settore per settore. «Noi abbiamo problemi, come evidenzia un nostro studio fatto con la Fadoi, la federazione degli internisti ospedalieri, dove si dimostra che nelle medicine abbiamo tra i ricoverati il 20-25% di "bed blockers", cioè persone che tengono occupato un posto ma potrebbero essere dimesse. Succede perché non ci sono abbastanza strutture a bassa

intensità e a casa non possono tornare». Servirebbero più letti, dunque, ma aprirli non è facile. «Sarebbe difficile farli funzionare per la carenza dei medici, e soprattutto degli infermieri, in certe specialità», dice Montano.

Uno dei settori dove iniziano a scarseggiare i professionisti è la chirurgia. Per Vincenzo Bottino, presidente Acoi, l'associazione dei chirurghi ospedalieri, «quello degli organici oggi è il nostro problema principale. Ben il 56% delle borse di studio di specializzazione in chirurgia quest'anno è andato perso. Rischiamo una desertificazione delle sale operatorie». Secondo Bottino, riguardo al numero di letti «ci riferiamo a un piano nazionale ospedaliero vecchio, che non tiene conto delle nuove esigenze e patologie. Andrebbe fatta una rimodulazione dei posti letto. Non ce ne vorrebbero tanti di più, bisognerebbe però organizzare meglio il sistema». © RIPRODUZIONE RISERVATA

Italia indietro anche rispetto a Paesi come Ungheria, Grecia e Portogallo
“Soppressi servizi vitali per i cittadini a partire dalle urgenze alla lungodegenza”

Cinquantamila
posti letto persi
in vent'anni
negli ospedali
Con il privato
che avanza



Emilia-Romagna

Punti nascita tagliati
le promesse tradite
nelle città montane

di Eleonora Capelli

BOLOGNA – Tra i letti in ospedale tagliati negli ultimi 20 anni, ben 4 mila in Emilia-Romagna tra pubblico e privato accreditato, ci sono quelli dei punti nascita in montagna. Porretta, Borgotaro, Pavullo: paesini sull'Appennino in provincia di Bologna, Parma e Modena che avevano un reparto di ostetricia e un ospedale dove nascevano un centinaio di bimbi all'anno. Troppo pochi per essere considerati sicuri. Il punto nascita di Porretta ha chiuso i battenti nel 2014 e da allora le partorienti devono spostarsi a Bologna, un'ora di macchina di distanza. Ci sono state molte proteste, comitati, sfilate di passeggini, 11 mila firme raccolte, ricorsi e digiuni: nel 2020 la Regione annunciò la riapertura di quei presidi. «Il ministro della Salute Roberto Speranza è stato di parola, riapriremo i punti nascita – disse il presidente Stefano Bonaccini il 13 gennaio di 4 anni fa – come Regione siamo pronti a fare la nostra parte mettendo le risorse finanziarie, umane e organizzative». Ma quell'intento è destinato a rimanere lettera morta con l'attuale ministero della Salute, guidato da Orazio Schillaci, nonostante la destra in Emilia-Romagna abbia cavalcato lo scontento delle puerpere. «Abbiamo scritto al ministero della Salute per chiedere una deroga rispetto al limite di 500 parti all'anno, indicato come soglia di sicurezza per le partorienti e i bambini – spiega l'assessore regionale alla Salute Raffaele

Donini – ma non ci hanno risposto. Del resto anche a livello nazionale è consolidato l'orientamento a considerare i 500 parti all'anno come limite da tenere presente. Anche la denatalità non aiuta. Di certo comunque i presidi in Appennino avrebbero un significato». L'idea sarebbe quella di ridurre le disparità territoriali, che nella sanità pesano molto. Bologna, che attrae anche molti pazienti del resto d'Italia, ha un numero di letti congruo, facendo una media, in Emilia-Romagna ce ne sono 4 ogni mille abitanti tra pubblico e privato accreditato (la soglia fissata è 3,7). Ma è una media che penalizza le aree interne e i punti nascita sono un piccolo esempio ma molto significativo. I parti in ambulanza sono stati frequenti, c'è stato anche l'intervento in casi estremi dell'elisoccorso notturno.

A Pavullo lo scorso 25 aprile il comitato che si batte per la riapertura del punto nascita ha lamentato la riorganizzazione che ha tolto anche l'ostetrica in servizio la notte, la domenica e nei festivi per carenza di personale. A Borgotaro, quando la Regione ha fatto i conti, ha visto che sarebbero servite 36 figure professionali e un investimento di quasi 2 milioni per riaprire. Nelle generali difficoltà della sanità, i punti nascita in montagna sembrano ormai destinati a rimanere chiusi.



Campania

Vietato farsi male a Napoli sono spariti cinque pronto soccorso

di Giuseppe Del Bello

NAPOLI – Stridore di freni e sirena spiegata, l'auto si inchioda davanti al San Giovanni Bosco. Sul sedile posteriore c'è un uomo, 76 anni e la fronte sanguinante. Ma lì nessun chirurgo può suturarla: il pronto soccorso non c'è più. L'auto fa dietrofront e via, direzione Cardarelli oppure Ospedale del Mare. Accadeva tre mesi fa, succede oggi, perché, nonostante i 4 anni passati, non tutti sono informati dei tanti tasselli sottratti all'emergenza. Un deserto sanitario che coinvolge tutta la Campania, ma è Napoli, terza città d'Italia, con una concentrazione demografica ai limiti del sostenibile e una drammatica penuria di sanità pubblica, la protagonista dello sfascio. Qui sono stati chiusi 5 pronto soccorso di altrettanti ospedali: San Giovanni Bosco, Loreto Mare, Ascalesi, Santa Maria degli Incurabili e San Gennaro. Ma a scatenare le proteste degli abitanti è tuttora lo stop all'attività da codice rosso delle prime due strutture: il San Giovanni appunto, a ridosso della popolosa area di Capodichino, e il Loreto Mare. Insostituibili, sia per numero di accessi registrati nei rispettivi pronto soccorso (oltre 140 mila l'anno e 380 al giorno), sia per la medicina polispecialistica che li caratterizzava. Se a queste cifre si aggiunge la percentuale di pazienti bisognosi di cure immediate che un tempo approdava negli altri tre ospedali si superano le

200 mila unità. E quindi? C'è poco da rifletterci: gran parte dei malati "urgenti" finisce nell'imbuto degli unici due presidi in grado di garantire ogni aspetto dell'assistenza: l'Ospedale del Mare e il Cardarelli. Il risultato della *débâcle* è che su queste ultime strutture, gravano al momento oltre 400 accessi in più al giorno. E con i pazienti parcheggiati sulle barelle: nella migliore delle ipotesi per 48 ore, più spesso per giorni. Flebo attaccate, pazienti gli uni accanto agli altri, sacche dell'urina sulle lettighe, privacy è parola sconosciuta. Le cose non vanno bene, e lo sanno pure i manager e il presidente della Regione Vincenzo De Luca che però, scrollandosi di dosso ogni responsabilità, da due mesi va all'attacco: enormi cartelloni, con logo regionale, accusano il governo: «Ha chiuso i pronto soccorso». Falso, lo smantellamento è iniziato ben prima del Covid. Certo poi il virus, per recuperare posti da destinare alla pandemia, fu strumentalizzato anche per portare a termine l'operazione chiusura. E infine il "buco" complessivo: in Campania nel 2002 c'erano 66 ospedali pubblici con 15.386 posti letto (per mille abitanti), nel 2022 sono calati a 46 con una disponibilità di 12.923 letti. E il privato? Brinda. Le cliniche accreditate erano 61, sono 73.



17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IN PARLAMENTO

S
24

Cantiere Sanità/ La “proposta Schlein” in filigrana. Fianco scoperto sulle coperture finanziarie

di Stefano Simonetti

Da alcuni giorni si parla molto del cosiddetto disegno di legge Schlein sul rifinanziamento della Sanità pubblica. Da quasi un mese è iniziato l'iter parlamentare e sono già state fatte in merito parecchie audizioni da parte della competente Commissione. Tecnicamente si tratta della proposta di legge A.C. 1741 dal titolo “Disposizioni per il sostegno finanziario del Servizio sanitario nazionale in attuazione dei principi di universalità, eguaglianza ed equità”, prima firmataria Elly Schein con altri 18 parlamentari. L'Atto è stato presentato il 26 febbraio 2024 e l'esame in Commissione è iniziato il 24 aprile 2024 con i relatori Simona Loizzo e Marco Furfaro. Per le tematiche oggetto della proposta il documento è stato abbinato con le proposte di legge C. 503 Speranza, C. 1533 Consiglio regionale del Piemonte, C. 1545 Consiglio regionale dell'Emilia-Romagna, C. 1608 Consiglio regionale della Toscana, C. 1626 Consiglio regionale delle Marche, C. 1712 Consiglio regionale della Puglia. Il 14 maggio scorso si sono svolte da parte della XII Commissione Affari sociali numerose audizioni informali che hanno coinvolto Fiaso, Fofi, Fimmg, Iss, Agenas, The Bridge, Gimbe, Aaroi-Emac.

L'oggetto specifico della proposta di legge si ricorderà che era stato promosso per prima dalla Regione Emilia-Romagna, alla quale si era affiancata la Toscana e chi scrive [aveva già commentato l'iniziativa su questo sito il 5 settembre 2023](#). Il testo accreditato alla Segretaria del PD ha avuto, come era logico aspettarsi, molti commenti e, anche da parte di chi è sostanzialmente d'accordo con l'iniziativa, ci sono state critiche e puntualizzazioni. Ad esempio, il vicepresidente di Fondazione the Bridge Alessandro Venturi, durante l'audizione in Commissione, ha detto che «aumentare le risorse non è una misura sufficiente, la spesa sanitaria va invece riclassificata». Molto precise e come di consueto corredate da numeri e dati statistici ineccepibili sono le osservazioni della Fondazione Gimbe che – sempre nel corso dell'audizione del 14 maggio – ha osservato che “l'incremento del Fondo sanitario nazionale di 4 miliardi di euro l'anno, proposto dai Ddl è superiore al 2,6% previsto dall'Ocse fino al 2035, salvo poi essere inferiore dal 2036: è un'importante iniezione di denaro pubblico per il Servizio sanitario nazionale, tuttavia non sufficiente a recuperare l'enorme gap della spesa sanitaria pro-capite rispetto alla media dei Paesi europei”. Da parte sua, Ettore Jorio ha criticato la proposta e una frase in particolare mi ha colpito, quella in cui afferma che “questo lo sanno benissimo le pieddine, Livia Turco, Rosy Bindi, Beatrice Lorenzin e Nerina Dirindin. Lo sanno a tal punto, si suppone, da non essere tra i diciotto firmatari”. Orbene, al di là dei nomi e dei coinvolgimenti personali, forse le quattro esponenti democratiche non potevano essere firmatarie per il semplice motivo che tre di loro non sono più



parlamentari da due legislature e Lorenzin è una senatrice.

L'analisi tecnica della proposta di legge. Lunghi dal commentare la scelta politica o ideologica della proposta di legge, vorrei in questa sede fare alcune considerazioni sul contenuto meramente tecnico-giuridico dell'articolato. Il testo è piuttosto breve e presenta una singolare configurazione tra norma programmatica (l'art. 1) e la consueta e abusata norma congiunturale, solitamente adottata con decreto legge (l'art. 2). Nell'art. 1 troviamo la norma fondamentale, cioè quella che si pone l'obiettivo di arrivare almeno al 7,5 % del Pil nominale entro il 2028. Il progressivo incremento viene previsto nella misura dello 0,21 % su base annua. Destinatario dell'incremento è "il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard, cui concorre lo Stato", lunga parafrasi con la quale ormai da anni si designa formalmente l'ex Fondo sanitario nazionale.

L'art. 2 prevede una ennesima norma di modifica che interviene sul "decreto Calabria" del 2019 e coinvolge le Regioni nella realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica assicurando il governo della spesa del personale in funzione dell'esigenza di garantire l'equilibrio economico. Il successivo capoverso del comma oggetto della novella legislativa reca un importante e fondamentale intervento, quello di disapplicare il famigerato art. 23, comma 2, del d.lgs. 75/2017 che imponeva il blocco del salario accessorio al valore 2016. La norma non viene abrogata, perché resta in vigore per il resto del pubblico impiego, ma "non trova applicazione" per il personale del Ssn. In realtà la formulazione della norma non dice esattamente così, perché utilizza un giro di parole assolutamente inedito e francamente singolare: "il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni".

L'art. 3 si occupa dell'aggiornamento del Piano nazionale di governo delle liste di attesa (Pngla), e formula quattro distinti piani di intervento a carico delle Regioni, finalizzati a sei precisi ambiti assistenziali. Nella lettera a) si dispone l'indizione entro il 30 giugno 2024 di "procedure concorsuali straordinarie" per il personale sanitario. Anche in questo caso la formulazione è a dir poco astrusa perché "personale del comparto della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria e delle professioni sanitarie e infermieristiche" non si era mai letto. L'indicazione non è soltanto contorta ma risulta incompleta perché letteralmente dimentica il personale tecnico-sanitario e - ma questo era evidente - il personale amministrativo, tecnico, gli assistenti sociali e gli operatori socio sanitari. A prescindere dalla forma, la norma pone un interrogativo importante: cosa sono "le procedure concorsuali straordinarie"? Concorsi che derogano alle norme dei Dpr 483/1997 e 220/2001, concorsi semplificati (non si sa bene come) o la straordinarietà riguarda il rispetto del Piano dei fabbisogni? Tra l'altro, questi concorsi secondo la lettura formale della norma, li devono indire le Regioni e non le aziende. Il tutto entro un mese!

La lettera b) ipotizza un sistema di prenotazione unico regionale, valido sia per le strutture pubbliche che per quelle private accreditate. La lettera c) dispone il ricorso alla libera professione intramuraria in caso di impossibilità di assicurare le prestazioni entro i tempi stabiliti dal Pngla. La norma non è altro che la riproposizione dell'art. 3, comma 12, lettera a) del d.lgs. 124/1998, norma che non applica nessuno e che negli ultimi tempi è stata al centro di molte inchieste giornalistiche. La differenza sostanziale è che nella legge di 25 anni fa i tempi massimi li indicava il direttore generale mentre ora sono fissati dal Pngla introdotto dall'Intesa Stato-Regioni del 28 ottobre 2010. Infine, con la lettera d) si impone la pubblicazione sul sito internet della situazione aggiornata dei tempi di attesa. Il comma 2 di questo art. 3 dà mandato all'Agenas di coadiuvare e indirizzare le politiche regionali previa adozione di una intesa in sede di Conferenza Stato/Regioni.

Focus sulla copertura finanziaria. E veniamo all'art. 4 che tratta della "Copertura finanziaria" ed è certamente la parte più contrastata della proposta. È del tutto ovvio che definire le coperture finanziarie necessarie per arrivare al 7,5 % del Pil è impresa colossale e non può che ipotizzare strumenti finanziari tanto generici quanto aleatori. Si devono trovare anno dopo anno fino al 2028 risorse per 4, 8, 12, 16 e 20 miliardi, tenuto conto delle previsioni di crescita del Pil. Nel secondo comma questa criptica

affermazione viene spiegata come “a valere sulle maggiori risorse derivanti dalla crescita economica”. Ma, a seguire, si prevede anche lo strumento alternativo qualora la crescita non sia come da previsioni e allora si ricorre a “meccanismi e misure aggiuntive di contrasto dell’evasione ed elusione fiscale e contributiva”: nulla di più generico e, onestamente, irrealistico in un Paese che ha un’economia sommersa spaventosa che non solo non si riesce a governare ma non si “vuole” toccare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL BUSINESS

Assicurazioni e mutue si contendono la sanità privata

Le compagnie controllano la fetta di mercato più grande ma anche le altre cercano di farsi spazio, con prezzi più bassi, prestazioni per il “long care” e nessun vincolo all’ingresso

Adriano Bonafede

Arriva dal passato l’attacco al ricco business della sanità privata. Da quelle società di mutuo soccorso nate con una legge del lontanissimo 1886, poi rivista nel 2002. Le “mutue” in questi ultimi anni si sono riorganizzate, modernizzandosi e andando a occupare gli spazi lasciati liberi sia dalle assicurazioni private che dai fondi sanitari integrativi di categoria. Insieme, i tre soggetti fanno il mercato della spesa “intermediata”. Sul piatto ci sono circa 41,5 miliardi (dati 2022, ultimi disponibili) di spesa per la sanità che gli italiani tirano fuori dal pro-

prio portafoglio per pagarsi medicine, analisi, specialisti e accertamenti clinici. Di questi, solo 4,7 circa sono “intermediati” da vari soggetti. Gli altri sono “out of pocket”, pagati direttamente dai cittadini. Lo spazio di crescita è enorme. In Italia la spesa intermediata è soltanto l’11% del totale, secondo la ricerca Focus Sanità Integrativa di Onws. In Francia è il 43%, in Spagna e in Uk il 25%, in Germania il 20%.

La scommessa, per tutti questi soggetti professionali, è di trasformare qualche miliardo in più, di quei circa 37 spesi direttamente dalle famiglie, in una polizza malattia o in un fondo integrativo o in un contratto mutualistico. Del resto, avere accesso alle prestazioni private attraverso una struttura che fa convenzioni per milioni di individui può produrre prez-

zi migliori e tempi più rapidi.

Le mutue sono il tassello più piccolo del puzzle del denaro intermediato (si parla di 400-500 milioni di euro) ma la loro sfida entra adesso nel cuore stesso del business delle assicurazioni, portando un’inedita competizione con proposte che hanno molte frecce al loro arco e un’“arma segreta”.



Le compagnie sono state finora il perno di questo sistema. Direttamente, vendendo sia polizze individuali sia collettive presso le imprese. O indirettamente, facendo accordi con i fondi integrativi sanitari nati dalla contrattazione tra datori di lavoro e lavoratori, e che riguardano ben 16,5 milioni di persone. I fondi solo raramente hanno messo in piedi strutture proprie di gestione, avendo preferito affidarsi al know how delle compagnie. Persino alcune mutue si sono affidate alle assicurazioni, ma sono eccezioni.

Nel mondo della sanità integrativa, i ruoli sono in gran parte interscambiabili. I fondi di categoria possono organizzarsi in autonomia e non appaltare la loro attività alle compagnie. Le mutue possono iscriversi all'Anagrafe dei fondi integrativi e in questo modo possono competere con le compagnie sugli appalti dei fondi integrativi. Non basta: «Ci sono anche piccole e medie compagnie - dice Franca Maino, docente presso l'Università degli Studi di Milano - che si mascherano da mutue per attirare più clienti».

In questa guerra di tutti contro tutti, spicca il fatto che le mutue godono di una grande libertà d'azione. «Quelle strutturate per i piani sanitari sono 55, rispetto alle 900 esistenti», precisa Luciano Dragonetti, presidente di Ansi «e si raccolgono in due associazioni,

la nostra e la Fimiv». Possono svolgere lo stesso lavoro delle compagnie, ma queste ultime sono sottoposte a obblighi più severi. Le mutue sono vigilate dal ministero dell'Industria e in parte da quello del Lavoro. Dal mondo delle compagnie, vigilate dal più severo Ivass, i mugugni non mancano. Oltre alla minore pervasività nei controlli, si nota che non ci sono regole di governance e di condotta nella distribuzione delle coperture da parte di «promotori mutualistici», non soggetti a requisiti di professionalità né iscritti ad albi.

La nuova vitalità delle mutue parte dalla loro vicinanza ai territori e alle famiglie. «Noi facciamo parte del Terzo Settore», spiega Antonio Chelli, presidente di Fimiv. «Sulla sanità, scarichiamo l'85% delle raccolte in prestazioni ai soci, non avendo fini di lucro». Terreno di caccia privilegiato delle mutue sono i pensionati che hanno perso i benefici che avevano con il loro fondo sanitario. O quei lavoratori che non hanno alcuna protezione. Tra i vantaggi, «la detraibilità del 19% fino a 1.300 euro per i piani sanitari», spiega Michele Odorizzi, presidente di Cooperazione & Salute, la mutua di sistema di Confcooperative. Inoltre, le mutue non fanno screening sanitario di chi si iscrive, al contrario delle compagnie, che non assicurano o alzano le tariffe in presenza di malattie. E non hanno limiti di età.

Ma l'arma più letale delle mutue nei confronti delle compagnie è l'inserimento che alcune di loro già fanno, nei piani sanitari che costano anche poche decine di euro all'anno, della protezione *long term care* contro la non autosufficienza, che costa molto di più nel mercato privato.

Per le imprese assicurative le mutue sono ancora dei moscerini, dal punto di vista economico. Le compagnie possono quindi godersi i propri risultati da un ramo che, dopo una vita di perdite, dal 2011 - cioè da quando, qualcuno fa maliziosamente notare, sono entrate nel business dei fondi integrativi - sono ininterrottamente positivi (con l'eccezione del 2021). Non c'è niente di male, anzi è doveroso per società per azioni remunerare i propri azionisti. Ma ora la concorrenza si fa più dura. E la salute non può essere considerata soltanto un business, soprattutto se la spesa sanitaria pubblica, circa 130 miliardi nel 2023, è data in diminuzione in termini reali nei prossimi anni.



FOCUS

COME FUNZIONANO I DUE MODELLI E LE EVOLUZIONI PIÙ RECENTI

Due modelli antitetici. Uno privatistico, l'altro del Terzo Settore. Da una parte le compagnie d'assicurazione private che vendono polizze o piani sanitari direttamente attraverso i fondi sanitari.

Dall'altra le società di mutuo soccorso che hanno come scopo prioritario quello di aiutare le famiglie nelle variegate realtà territoriali in modi molto diversi, spesso attraverso servizi diretti a sostegno dei bisognosi, ad esempio persone sole incapaci di badare a se stesse. Da qualche tempo è maturata la consapevolezza che le mutue - società atipiche ma presenti nell'ordinamento e simili ma non coincidenti con le cooperative - possono svolgere un ruolo più importante nell'approntamento dei piani sanitari.

Che ci sia spazio in questo settore lo ha capito anche la Casagit, l'ex Cassa sanitaria dei giornalisti che si è trasformata da poco in società di mutuo soccorso, diventandone una delle più grandi e aprendosi a tutti. «I fatti sembrano darci ragione - dice il presidente Gianfranco Giuliani - con molte nuove iscrizioni tra famiglie, Pmi e professionisti». Tra i punti di forza della proposta di Casagit, la copertura Long term care, incorporata in tutti i piani sanitari. - **a.bon.**



RIPENSARE LA SANITÀ TRA PUBBLICO E PRIVATO

Coprirsi dai rischi per la salute? È una lotteria. Il welfare statale non ce la fa più, da molto tempo. Considerazioni per una nuova traiettoria

di MAURO MARÈ, AGNESE SACCHI, FRANCESCO VIDOLI

Un importante appello lanciato da eminenti scienziati ha evidenziato di recente che «il Servizio Sanitario Nazionale è in grave crisi, c'è il rischio di non riuscire più ad assistere tutti». Ancora una volta emerge la necessità di salvaguardare la natura pubblica e universale del nostro SSN, anche in relazione alla scarsa capienza della politica fiscale e di una popolazione notevolmente più anziana.

È probabile che tutti concordino sull'importanza del SSN e delle sue prerogative fondanti, ma è altrettanto probabile che la domanda su «chi paga ora e nel medio/lungo periodo» non troverebbe la stessa concordia nelle risposte. E una volta risolto questo cruciale dubbio, quali dovrebbero essere le prestazioni che uno Stato dovrebbe mutuare, considerato che ciascuno riceve nel corso della vita, mediamente, cure di qualità e quantità variabili? Il tema va affrontato, quindi, non solo in relazione al livello medio di assistenza e alle sue fonti di finanziamento — che rimangono le questioni principali per garantire il servizio sanitario pubblico e universale — ma anche alle probabilità che ognuno di noi ha o avrà di ricevere cure e assistenza sanitaria di qualità durante il proprio ciclo di vita.

Reddito e passaporto

Ad oggi un fattore determinante di accesso qualitativo e quantitativo alle cure e alle prestazioni sanitarie è il reddito o meglio la condizione economica del paziente-utente (si veda ad esempio «Why high-income patients go to higher quality doctors», Brown Z, Hansman C., Keener J. e

Veiga A, CEPR, Luglio 2023). Questo si verifica anche in molti stati che adottano un modello à la Beveridge, fondato sull'esistenza di un diritto universale alla salute legato al solo possesso della cittadinanza.

In Italia il problema non è solo questo. In Italia l'accesso alle cure nel corso della vita assume i connotati di una selezione casuale o, meglio, di un *random walk*. Che significa? Un *random walk*, o passeggiata casuale, è un modello matematico utilizzato per descrivere il movimento casuale di una particella o di un oggetto in uno spazio; in un *random walk* ogni passo è determinato casualmente e tale modello può essere utilizzato per descrivere un'evoluzione caotica nel tempo, specialmente quando le variabili coinvolte sono influenzate da fattori casuali o imprevisti.

Ma perché la probabilità di accesso alle cure durante la vita di una persona sembra una passeggiata casuale? Perché dipende certamente dal reddito e anche da fattori soggettivi e da comportamenti e abitudini personali (una corretta dieta, l'esercizio fisico, il fumo, il consumo di alcol e via dicendo), ma anche ormai da fattori non strettamente riconducibili alla sfera delle scelte personali.

Fondamentale è il territorio in cui si risiede, da cui dipendono le caratteristiche — spesso fortemente eterogenee — e la qualità dei sistemi sanitari regionali, inclusa la distanza dai centri di cura; un altro esempio è



dato dalla professione svolta e dalle regole del contratto nazionale che disciplina quel rapporto, inclusa la presenza o meno di polizze assicurative integrative. Si cambia lavoro e si può perdere la copertura, si cambia residenza e si può cambiare il livello qualitativo di assistenza e di cura.

Vista dall'alto, quindi, si osserva una popolazione che, per un insieme eterogeneo di rischi sanitari da affrontare quali quelli personali, di offerta sanitaria locale, di situazione professionale o di residenza attuale e futura cambia continuamente nel corso della propria vita la probabilità di accedere a cure o assistenza in un sentiero non prevedibile come un moto browniano di molecole sospese in un fluido.

Troppe variabili

Negli Anni Cinquanta, la teoria del ciclo vitale del consumo di Modigliani sostenne che le persone facessero scelte intelligenti riguardo a quanto spendere e risparmiare in ogni fase della vita, considerando le risorse disponibili. Tuttavia, negli ultimi decenni, questa teoria è stata notevolmente influenzata dall'incertezza riguardante l'assistenza e la cura durante la terza età. Infatti, le scelte di consumo sono influenzate ormai non solo da fattori personali, ma da un insieme sempre maggiore di fattori casuali. In altri termini, se si risparmia da giovani, quando si dispone di un reddito, per poter ef-

fettuare le spese necessarie anche da anziani, quando quel reddito mancherà, è anche vero che nella se-

conda fase della vita molto dipende dal poter accedere o meno ad una assistenza sanitaria integrativa o di lungo degenza che ormai è privilegio di alcuni strati di popolazione.

Ed è qui che si incontra il vero fattore casuale, nonché potenzialmente discriminatorio: alcuni individui possono accedere a forme mutualistiche ormai quasi sostitutive; altri no. Ma in base a quali elementi e requisiti? In prima battuta, ci verrebbe da dire che sia in base al reddito e alla condizione occupazionale ed economica dell'individuo. Può dipendere anche dal tipo di contratto che si ha, dalla tipologia di Amministrazione Pubblica per i dipendenti pubblici (Corte dei Conti sì, Comparto scuola no), dall'università di appartenenza dei docenti universitari in un rimbalzo disordinato e caotico che dà a qualcuno e non ad altri; che assicura qualcuno per determinati rischi ed altri per un altro insieme di rischi. Chi ci rientra e chi no, in una estrazione casuale che copre alcuni e lascia scoperti altri senza alcuna ratio e senza che ognuno possa pianificare il proprio livello di rischio attuale e futuro.

Socializzare i rischi

I modelli assicurativi privati o mutualisti pubblici alla Beveridge sono serviti nel Novecento a rendere più uniforme il rischio individuale all'interno di una intera popolazione. Negli ultimi anni tali sistemi subiscono lo squilibrio tra domanda anziana e finanziamento dei sempre meno attivi giovani e questa funzione di assicurazione sociale viene sempre meno. Ma è nella mancanza

di equità e nella corsa poco coordinata a coprirsi dai rischi di alcuni sottogruppi di popolazione che il sistema nazionale sta rimettendo in discussione la sua natura.

«Socializzare i rischi sanitari» identifica il processo attraverso il quale una società o una comunità condivide o distribuisce equamente i costi e gli oneri associati ai rischi per la salute pubblica. Socializzare significa rendere meno casuali le spese private nelle fasi del bisogno, estendere a tutti un sistema eventualmente integrativo che oggi e per il futuro è considerato dalle persone sempre più sostitutivo e non solo aggiuntivo.

La direzione da percorrere su come mutualizzare i rischi sanitari rimane alla classe politica (più pubblico, più privato, più terzo settore...), ma l'esigenza di riallocare i rischi tra le persone rimane. È una questione di finanziamento, sia chiaro, ma anche secondo noi di equità all'accesso attuale e futuro in un sistema sanitario che già da anni non copre tutti e non copre abbastanza e che dovrebbe ritornare ad essere più "prevedibile" e meno soggetto a fattori casuali.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

In base a quali elementi alcuni possono accedere a forme mutualistiche ormai quasi sostitutive e altri no?



Cancro e discriminazioni, si può guarire: è “ufficiale”

COSTANZA OLIVA

Itumori al seno (stadio I e II) si considerano guariti dopo un anno dalla fine dei trattamenti. Lo stesso vale per il cancro ai testicoli e del colon-retto (stadio I). Un “solo” anno anziché i 10 previsti dalla legge sull’oblio oncologico. La recente pubblicazione dell’elenco delle patologie tumorali che prevedono tempi di guarigione più brevi è un passo fondamentale nella tutela degli ex pazienti dalle discriminazioni legate alla malattia. «La legge quadro iniziale era importante perché ha sancito il principio e ha introdotto dei limiti che erano di ragionevole compromesso. Dopodiché era stato previsto che si facesse un approfondimento per ciascun tumore, stabilendo se quei limiti richiamati nella legge madre - cioè dieci anni dalla fine dei trattamenti e cinque anni per i tumori diagnosticati prima dei 21 anni -, si potevano ridurre sulla base dei dati epidemiologici», spiega Francesco Perrone, presidente dell’Associazione italiana oncologia medica (Aiom). Un provvedimento, pubblicato in Gazzetta ufficiale lo scorso 24 aprile, che dà speranza anche per il futuro: «Ci potranno essere degli aggiornamenti sulla base di futuri studi in cui si evidenzia che è cambiato il profilo della prognosi di quel tumore».

I Registri tumori

L’elaborazione di questa “tabella” si basa sul lavoro di Airtum, l’Associazione italiana registri tumori, da anni attiva nell’assistenza socio-sanitaria con lo scopo di rendere disponibili alle autorità, al Servizio sanitario nazionale e alla comunità scientifica, i dati sulla frequenza dei tu-

mori. «Grazie a questi dati - dice il presidente dell’Aiom - si può stimare per tutte le forme tumorali quando e se si arriva al punto in cui l’aspettativa di vita di chi si è ammalato di cancro ritorna a quella di chi non ha una pregressa diagnosi». Prosegue Perrone: «Sono informazioni che si continuerà a monitorare periodicamente per tutti i tumori. Quello che deve essere chiaro è che vogliamo che questo diritto sia gestito sulla base di dati affidabili e di qualità». Proprio per questo è necessario avere dei Registri tumori funzionanti. «Speriamo che uno dei benefici della digitalizzazione sia anche un maggiore efficientamento di questi registri: è importante avere dati verificati ma è fondamentale che ci sia anche tempestività, altrimenti è difficile, ad esempio, chiedere al governo di organizzare le politiche sanitarie».

L’impatto della legge

«La legge sull’oblio oncologico mette nero su bianco il fatto che di cancro si guarisce: è un altro passo per superare lo stigma che affligge chi ha avuto un tumore». A rivendicarlo con determinazione è l’avvocata Elisabetta Iannelli, segretaria generale della Federazione italiana delle Associazioni di volontariato in oncologia (Favo) e vicepresidente dell’Associazione italiana malati di cancro (Aimac), che è stata promotrice della legge e ha contribuito a scriverla. Un passo importante che, da dicembre 2023, garantisce alle per-

sone guarite da una patologia oncologica il diritto di non dover fornire informazioni rispetto alla propria condizione pregressa. Concretamente significa poter accedere ai servizi finanziari, bancari e assicurativi, alle procedure di adozione dei minori e ai concorsi pubblici. Difficoltà che Iannelli ha sperimentato in prima persona. Stava terminando il percorso universitario quando le è stato diagnosticato un tumore al seno. «Ormai sono arrivata a 31 anni dalla diagnosi, ma all’inizio ovviamente anche io non ho potuto fare un mutuo perché all’epoca la mia situazione non era considerata sicura. Per fortuna, essendo sposata, l’ha potuto fare mio marito, ma se fossi stata sola mi sarei trovata nell’impossibilità di sottoscriverlo, così come un’assicurazione sanitaria».

Le speranze dei malati

Un cambiamento di approccio e di prospettiva. «Sapere che in alcuni casi, come per il tumore alla mammella di stadio I e II, si può essere considerati guariti dopo un anno dalla fine delle terapie, è motivo di speranza anche per chi riceve una diagnosi di questo tipo», evidenzia Iannelli. Del resto, la “legge



sull'oblio oncologico" porta il nome di "Disposizioni per la prevenzione delle discriminazioni e la tutela dei diritti delle persone che sono state affette da malattie oncologiche". «Il percorso legislativo è stato sorprendentemente rapido - afferma Iannelli - sia alla Camera che al Senato, cosa piuttosto rara. Tutti gli schieramenti politici si sono compatteggiati e gli stessi parlamentari ci hanno riportato che quand'è stata approvata, c'è stato un abbraccio corale». La legge sull'oblio oncologico è l'ultima di tante battaglie. «Negli anni siamo riusciti ad ottenere norme ad hoc: il riconoscimento della disabilità oncologica transitoria in 15 giorni, la

legge sul part-time per i malati di tumore, che ha fatto scuola in Europa, e l'esenzione dalle fasce orarie di reperibilità per la possibile visita fiscale. Sono tutte vittorie del volontariato oncologico che nascono dall'ascolto delle necessità, delle esigenze che i malati segnalano all'help-line di Aimac, che fa questo servizio di informazione e di decodifica per malati e i loro caregiver. E da questo partono l'impegno e le azioni per cambiare qualcosa, per ottenere una nuova norma, con decreto ministeriale piuttosto che con una circolare». Un utile servizio a cui tutti possono accedere gratuitamente, chiamando lo 06.42989570 o andando in uno dei 49 punti di accoglienza nei principali centri di studio e cura dei tumori

per chiedere informazioni e ricevere chiarimenti. Come sottolinea Perrone, la legge sull'oblio oncologico segna grossi benefici anche a livello sociale. «Noi da tanto tempo diciamo che di cancro si può guarire ma, da un punto di vista sociale ed emotivo, le guarigioni dal cancro non si vedono. O non si vedono tanto quanto i morti per cancro, che lasciano delle ferite profonde e restano nell'immaginario collettivo. Credo che il beneficio di questa legge riguardi una popolazione molto più ampia: perché i benefici tecnici riguardano quel milione o poco più di cittadini che si trova a poter avere un nuovo diritto, ma il beneficio comunicativo ricade anche su quegli altri tre milio-

ni e mezzo di pazienti che ancora convivono con il cancro. È una legge che dà corpo al fatto che si può guarire».

LA NORMA

Oggi la giornata dei malati di tumore: con la pubblicazione, in Gazzetta ufficiale, delle tabelle che stabiliscono i tempi di completo recupero, si rafforzano gli effetti della legge sull'oblio oncologico contro ritardi e limiti legati alla malattia

LEGGE 193: TEMPI PER LA GUARIGIONE SECONDO TIPOLOGIE DI TUMORI E PAZIENTI

Tipo di tumore	Specificazioni	Anni dalla fine del trattamento
1 Colon-retto	Stadio I, qualsiasi età	1
1 Colon-retto	Stadio II-III > 21 anni	7
2 Melanoma	> 21 anni	6
3 Mammella	Stadio I-II, qualsiasi età	1
4 Utero, collo	> 21 anni	6
5 Utero, corpo	Qualsiasi età	5
6 Testicolo	Qualsiasi età	1
7 Tiroide	Donne con diagnosi < 55 anni Uomini con diagnosi < 45 anni Esclusi i tumori anaplastici per entrambi i sessi	1
8 Linfomi di Hodgkin	< 45 anni	5
9 Leucemie	Acute (linfoblastiche e mieloidi), qualsiasi età	5

FONTE: Dm Salute 22.3.2024 in Gazzetta Ufficiale n.96 del 24.4.2024

WITHUB



Camere: scontro su adozioni, fine vita e maternità surrogata

Bioetica. Sulle adozioni 11 testi alla Camera e 4 al Senato. L'opposizione: estendere il diritto alle coppie omosessuali. A Palazzo Madama il Ddl del centrodestra che rende «l'utero in affitto» reato universale

Pagina a cura di

Riccardo Ferrazza

Andrea Gagliardi

Marco Rogari

In Parlamento è battaglia sui temi etici, con maggioranza e opposizione divisi su maternità surrogata, diritto all'adozione per le coppie omosessuali e fine-vita. «Continuo a ritenere l'utero in affitto una pratica disumana, sostengo la proposta di legge per cui diventi un reato universale. Spero venga approvata quanto prima». Così qualche settimana fa la premier Giorgia Meloni, facendo riferimento al testo di Fdi (prima firmataria Maria Carolina Varchi), varato lo scorso luglio dalla Camera e all'esame della commissione Giustizia del Senato, che estende il divieto della maternità surrogata (contenuto nella legge 40/2004 sulla procreazione assistita), introducendo l'obbligo per i magistrati di perseguire un cittadino italiano anche in caso di illecito compiuto all'estero, nei Paesi in cui la maternità surrogata è ammessa. Il divieto in Italia (è prevista la reclusione da tre mesi a due anni e una multa da 600mila a un milione di euro) ha indotto infatti molti a ricorrere alle pratiche di surrogazione di maternità all'estero. In questo contesto la proposta del capogruppo della Lega al Senato, Massimiliano Romeo, anch'essa all'esame della commissione giustizia, si differenzia solo per il fatto che inasprisce le pene per il reato di surrogazione di maternità (da perseguire non solo in Italia ma anche all'estero), con una reclusione da quattro a dieci anni e una multa da 600mila a 2 milioni di euro.

Di tutt'altro tenore le proposte di legge dell'opposizione, per le quali però l'esame non è ancora cominciato. Testi che, fatto salvo il divieto di "commercializzazione della maternità" considerato reato in base alla legge, propongono percorsi di "maternità solidale". Quello più recente (presentato lo scorso marzo), a prima firma Maria Domenica Castellone (M5S),

chiarisce che per "gravidanza per altri solidale e altruistica" si intende «un percorso di fecondazione assistita senza corresponsione di compenso, nel quale la gestante si impegna a ospitare nel proprio utero un embrione ottenuto attraverso le tecniche di fecondazione in vitro». La richiesta può essere avanzata «da persone singole o in coppia, coniugate, conviventi o unite civilmente, che abbiano una età compresa tra i 18 e i 50 anni e che non possano condurre una gravidanza o portarla a termine per ragioni medico-fisiologiche» o «in caso di coppie formate da persone dello stesso sesso». Sulla stessa linea le proposte presentate al Senato da Ivan Scalfarotto (Iv) e alla Camera da Riccardo Magi (+Europa).

Altro tema "caldo", quello delle adozioni, con 15 testi in commissione (11 alla Camera e 4 al Senato), ma tutti al palo. Mentre l'iniziativa legislativa del centrodestra punta a sburocratizzare la normativa attuale, quella dell'opposizione (13 proposte) mira invece, nella maggior parte dei casi, a introdurre il diritto all'adozione per single e coppie omosessuali. Alla Camera il testo di Paolo Trancassini (Fdi), tra l'altro, riduce da tre a due anni il periodo di durata del matrimonio per i genitori che intendono adottare. Si muove nella stessa direzione la proposta del leghista Massimiliano Panizzut, incentrata sulla «semplificazione e accelerazione delle procedure di adozione», sia nazionali che internazionali. Il Pd ha presentato invece due testi identici, uno al Senato (prima firmataria Cecilia D'Elia) e uno alla Camera (primi firmatari Alessandro Zan e Elly Schlein), che oltre a modificare alcune disposizioni del codice civile per adeguarle al principio del matrimonio egualitario tutela i legami parentali delle bambine e dei bambini con genitori dello stesso sesso. In tal senso l'adozione è consentita ai single, nonché ai «conviventi da almeno tre anni, ai coniugi uniti in matrimonio da almeno tre anni e alle parti dell'unione civile costituita da almeno tre anni». Puntano ad intro-

durare il matrimonio tra persone dello stesso sesso e a stabilire per tutte le coppie i medesimi requisiti e gli stessi effetti in materia di adozione due testi identici di Avs, uno a palazzo Madama (Giuseppe De Cristofaro) e un altro a Montecitorio (Marco Grimaldi). Nonché la proposta della deputata, sempre di Avs, Luana Zanella, quella di Azione (Giulia Pastorella, Camera) e Iv (Ivan Scalfarotto, Senato). Così come quella M5s, prima firmataria l'ex sindaco di Torino Chiara Appendino. In materia di adozione il testo della deputata Emma Pavanelli (M5s) disciplina, invece, tra l'altro, l'accesso alle informazioni sull'identità dei genitori da parte del figlio adottato.

Numerose le proposte che mirano a disciplinare il fine vita, materia sulla quale la Corte costituzionale è intervenuta in due occasioni (ordinanza 207 del 2018 e sentenza 242 del 2019) esprimendosi sul caso di Dj Fabo e Marco Cappato: la Consulta ha dichiarato non punibile l'aiuto al suicidio se riguarda un proposito, formato autonomamente e liberamente, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili ma capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Al Senato cinque proposte di legge (quattro dell'opposizione, una di Forza Italia) sono all'esame delle commissioni congiunte di Giustizia e Sanità. La proposta che ha come primo firmatario il senatore del Pd Bazoli, sottoscritta da tutte le forze di minoranza, ricalca le indicazioni dei giudici costituzionali. Quella



azzurra (primo firmatario Adriano Paroli), invece, mantiene la punibilità del reato e prevede pene ridotte se chi agevola il proposito di suicidio è un convivente. Alla Camera i testi sul fine vita arrivano solo dall'opposizione: i testi più recenti sono quelli presentati a gennaio dal dem Zan (iter non ancora avviato) e dal gruppo di Avs che riprende la proposta di iniziativa popolare della Regione Veneto elaborata dall'associazione Luca Coscioni. Il testo è stato assegnato alle commissioni riunite Giustizia e Affari sociali, dove si trovano le altre proposte sullo stesso tema che portano la firma della deputa del Pd Debora Serracchiani, di

Gilda Sportiello (M5S), di Riccardo Magi (+Europa) e di Enrico Costa (Azione). Le ultime tre sono state presentate il 13 ottobre 2022, primo giorno della legislatura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sul fine vita sono in commissione al Senato cinque proposte (quattro dell'opposizione e una di Forza Italia)

118

LEGGI APPROVATE

La maggior parte delle leggi approvate dall'inizio della diciannovesima legislatura (85 su 118) è di iniziativa del governo



A Palazzo Madama. Sono 985 le proposte di iniziativa parlamentare presentate



17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Giornata del medico di famiglia/ Anelli (Fnomceo): “Un ruolo fondamentale anche per la salute del pianeta”

“Healthy planet, healthy people”: se il pianeta è in salute, lo è anche la sua popolazione. È dedicata all’approccio “One health”, che considera la salute dell’ambiente, delle persone e degli animali come un unicum la Giornata Mondiale del Medico di Famiglia di quest’anno, che – indetta dal WONKA, The World Organization of Family Doctors - si celebra, come è consuetudine sin dal 2020, il 19 maggio.

“Gli effetti dei cambiamenti climatici – afferma il Presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli – sono drammaticamente evidenti. Come medici, siamo vicini alle popolazioni della Lombardia e del Veneto, duramente colpite dalle alluvioni di questi giorni, e ci mettiamo a disposizione delle autorità per prestare soccorso e assistenza”.

“I medici hanno un ruolo fondamentale – aggiunge – nella tutela della salute ambientale, ruolo che si sono autoimposti con l’articolo 5 del Codice deontologico, che indica tra i doveri quello a una pertinente comunicazione sull’esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e quello a favorire un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni”.

“I medici di medicina generale, in particolare – prosegue – con la loro presenza capillare sul territorio e grazie al rapporto di fiducia che instaurano con i cittadini possono rivestire in maniera naturale il ruolo di “sentinelle per l’ambiente”, impegnati a scoprire i determinanti ambientali delle malattie, a segnalare e prevenire i rischi correlati all’ambiente e a promuovere corretti stili di vita”.

“Anche gli Ordini – afferma ancora – possono fare molto: a Bari, ad esempio, abbiamo introdotto quella che si è confermata una best practice che potremmo estendere. In ogni comune della Città Metropolitana è presente un “Fiduciario”, che rappresenta l’Ordine per alcune finalità specifiche, tra le quali la sorveglianza ambientale. Proprio per specializzarsi sempre più su queste materie, i Fiduciari partecipano a un Corso di Alta Formazione sulle tematiche ambientali, organizzato in collaborazione con l’Università”. L’esperienza dei Fiduciari, vere e proprie estensioni degli Ordini sul territorio è stata raccontata in un video.

“Quello del medico di famiglia – conclude Anelli – è un ruolo fondamentale per il nostro Servizio sanitario nazionale: i cittadini lo amano, ripongono in lui una fiducia altissima, al di sopra di ogni altra figura o istituzione. Ed è proprio in questa fiducia, nel rapporto continuativo e confidenziale che si instaura in questa peculiare e intima relazione di cura, che trovano fondamento, secondo gli studi scientifici, la prevenzione, le terapie, la promozione della salute che allungano la vita e regalano agli assistiti anni in buona



salute. Il medico di famiglia ti allunga la vita: il suo ruolo va riconosciuto, come già avviene da parte dei cittadini, anche dalle istituzioni; va valorizzato all'interno del nostro sistema di cure e celebrato sempre, ogni giorno e tanto più il 19 maggio. Grazie quindi ai nostri medici di famiglia. Grazie, soprattutto in un momento come questo, in cui sopperiscono alla desertificazione della medicina territoriale e alle carenze strutturali, facendosi carico di un maggior numero di pazienti, lavorando ben oltre l'orario stabilito, con aggravii burocratici sempre più ingestibili. E senza l'aiuto di un'équipe di professionisti e di un team di collaboratori amministrativi, come invece dovrebbe essere per un'assistenza moderna, al passo con i tempi e con le esigenze di salute dei cittadini".

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmacie, svolta e regole

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

Il farmacista vende prodotti beauty e servizi sanitari, e ora potrà svolgere esami medici rimborsabili dal Ssn. Chi ci guadagna? E chi disciplina i conflitti di interesse? a pagina 27

DATAROOM



Corriere.it

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

Farmacia-ambulatorio chi ci guadagna davvero

IL FARMACISTA VENDE ANCHE PRODOTTI BEAUTY E SERVIZI SANITARI
ADESSO POTRÀ SVOLGERE ESAMI MEDICI RIMBORSATI DAL SSN
MA LE NUOVE NORME NON DISCIPLINANO IL CONFLITTO DI INTERESSI

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

Il medico fa la diagnosi, prescrive la cura, e il farmacista eroga il farmaco. Fra le due categorie non deve esserci nessuna commistione, così impone il regio decreto del 1934. Novant'anni dopo la Federazione dei titolari di farmacia italiani (Federfarma) sente il bisogno di allargare il raggio di azione: «La farmacia può dare un contributo importante alla riduzione delle liste d'attesa come erogatrice di servizi sanitari qualificati sul territorio». Vuol dire che il farmacista può sostituire il medico? O è il medico che va in farmacia? Vediamo di capire.

Le tre attività

In Italia ci sono 19.997 farmacie, una ogni

3.300 abitanti, e guadagnano con tre attività. La prima fonte di guadagno è la vendita di farmaci: almeno 1 euro per una scatola di compresse contro l'ipertensione (Ramipril), 2,75 per una d'antibiotico (Amoxicillina), 6,31 per un anticoagulante (Enoxapari-

RICERCA SCIENTIFICA, POLITICA FARMACEUTICA



na). Questi dati si evincono dalla legge di Bilancio 2024 art. 1 comma 225. Per la distribuzione di farmaci antitumorali ad alto costo c'è invece la possibilità che una farmacia possa guadagnare fino a 200 euro per una scatola. Ci sono poi gli integratori, che i farmacisti suggeriscono con generosità, dove i margini sono significativi. La seconda attività è la vendita di prodotti di bellezza: creme, rossetti, smalti, occhiali, orecchini, alcune propongono anche la pulizia del viso e la manicure. Considerando gli spazi che occupano questi scaffali, dove si trovano anche borracce e lampade portatili, sembrerebbe quasi il business primario. La terza è offrendo ai pazienti servizi sanitari.

Servizi a pagamento

La prima riforma che espande l'attività delle farmacie è di 15 anni fa, con il governo Berlusconi IV e ministri della Salute Maurizio Sacconi, poi Ferruccio Fazio. È allora che nasce la cosiddetta «farmacia dei servizi». Per fare cosa? Da tramite con i laboratori analisi per l'esame delle urine e la ricerca di sangue occulto, e tutti quei test di autocontrollo, cioè gli esami che il paziente può farsi anche a casa da solo con la farmacia che dà un po' di supporto: il prelievo di una goccia di sangue dal polpastrello per misurare glicemia, colesterolo, trigliceridi; emoglobina, creatinina, transaminasi ed ematocrito. Il test per i livelli dell'ormone Fsa che servono a capire se le donne sono in menopausa. E, infine, la verifica della pressione, la saturazione dell'ossigeno e la capacità polmonare con la spirometria. Tutti servizi per i quali non serve la ricetta medica e che le farmacie offrono a pagamento: non c'è un tabellario fisso, ma indicativamente possono andare dai 5 euro per la glicemia ai 18 euro per il colesterolo completo.

Cosa offre il servizio sanitario

A partire dal 2018 i cittadini in teoria possono fare in farmacia anche esami a carico del Servizio sanitario nazionale, ma non è ancora stato chiarito quali. Non risulta come siano stati spesi i finanziamenti erogati, e quello per il 2024 è di 25,3 milioni. Di fatto finora lo Stato rimborsa il servizio di prenotazione di visite ed esami medici tipo Cup (2,50 euro ciascuno) e le nuove attività, che si sono rivelate fondamentali, introdotte con l'emergenza Covid: i test sierologici e i tamponi rimborsati dal Ssn a 15 euro l'uno, il vaccino anti-Covid e l'antinfluenzale, rimborsati rispettivamente 9,16 euro e 6,16.

Contro il conflitto di interesse

Fin qui, comunque, il ruolo della farmacia è sempre stato di presidio sociosanitario e non l'alternativa alle prestazioni di diagnostica clinica fornite dagli ambulatori. Anche perché è tassativamente vietata qualsiasi attività di prescrizione e di diagnosi, nonché di prelievo di sangue o plasma mediante siringhe o altri dispositivi per evidente con-

flitto di interessi.

Sul punto le norme sono chiare: il farmacista non può svolgere, direttamente o per interposta persona, l'attività medica a mezzo di ambulatorio e i medici, in quanto prescrittori di farmaci, non possono esercitare in farmacia. Questi confini ora si stanno allentando.

Farmacisti in Parlamento

Il 30 settembre 2022, subito dopo le ultime elezioni politiche, Federfarma comunica che i farmacisti eletti in rappresentanza della categoria alla Camera dei deputati sono quattro: Roberto Bagnasco per Forza Italia, Carlo Maccari, Marta Schifone e Marcello Gemmato per Fratelli d'Italia. Quest'ultimo viene nominato un mese dopo sottosegretario al ministero della Salute nel governo Meloni. L'unione fa la forza, e il ddl Semplificazioni del 26 marzo 2024 (art. 23) cambia radicalmente le cose. Le farmacie possono somministrare qualunque tipo di vaccino sopra i 12 anni; fare da sportello per la scelta e revoca del medico di famiglia e del pediatra; vengono promossi i servizi di telemedicina come l'elettrocardiogramma e holter pressorio o cardiaco che saranno refertati da un medico a distanza. L'art 23 recita: «L'effettuazione da parte del farmacista dei servizi di telemedicina avviene nei limiti delle proprie competenze professionali, nel rispetto dei requisiti funzionali e dei livelli di servizio indicati nelle linee guida nazionali». Ma — ed è qui il passaggio fondamentale — gli esami eseguiti non devono più rientrare nell'ambito di quelli che uno può farsi a casa da solo. In pratica salta il criterio dell'autocontrollo.

La svolta senza regole

Il 23 aprile Andrea Mandelli, già deputato di Forza Italia e già vicepresidente della Camera, nel suo discorso da presidente al Consiglio nazionale della Federazione degli Ordini dei farmacisti, esulta: «Si apre una nuova era (...). Il governo riconosce ufficialmente servizi che molti di noi già offrono quotidianamente ai cittadini, ma ponendo al contempo le basi per il loro rimborso da parte del Servizio sanitario nazionale a fronte della presentazione di una ricetta medica da parte del paziente». Nella pratica le farmacie possono, dunque, trasformarsi in ambulatori di prossimità dove è possibile fare una diagnosi e poi vendere il farmaco per quella diagnosi. Il decreto prevede che per svolgere queste attività «possono utilizzare anche locali separati da quelli dove è ubicata la farmacia» purché all'interno del



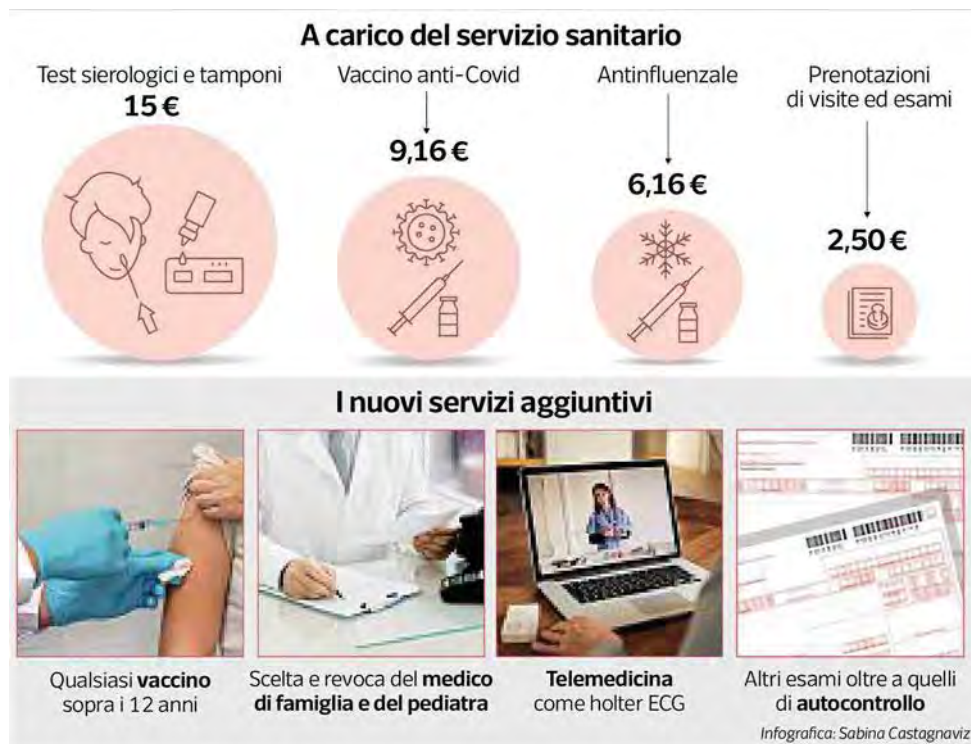
bacino di utenza. E possono anche mettersi insieme due o più farmacie, e in quei locali ci potranno stare anche infermieri e fisioterapisti per fare medicazioni, iniezioni e rieducazione motoria. In caso di locali esterni è prevista l'autorizzazione dell'Asl, che deve accertare l'idoneità igienico-sanitaria degli spazi, ma non è previsto il rispetto dei requisiti richiesti agli ambulatori, come la presenza di sala d'attesa, sala visita, servizi igienici, e la presenza obbligatoria del direttore sanitario, che svolge una funzione di controllo e di garanzia sulle qualità delle prestazioni, cioè che siano effettuate in sicurezza, da personale sanitario con adeguata preparazione, in condizioni igienico-sanitarie adeguate e in modo conforme alle regole di deontologia professionale. Nulla di tutto ciò è previsto per le farmacie: è lo stesso direttore tecnico della farmacia a dover garantire questi aspetti pur senza avere le competenze specifiche di un direttore sanitario di un poliambulatorio. Il ruolo di controllo delle Asl può essere limitato pre-

valentemente alla vendita dei farmaci.

Il consumo sanitario

Per ridurre le liste d'attesa vanno rinforzati gli ospedali e attivate le Case di comunità. Non ci sono altre scorciatoie. Far scendere in campo le farmacie potrebbe dare un contributo, ma è un'attività che deve essere regolamentata, e al momento non lo è. Di conseguenza si prospettano due rischi: quello di aumentare il consumo sanitario anche quando non c'è una reale necessità; e di correre dal medico al primo esame lievemente fuori parametro perché il farmacista, non avendo l'anamnesi che ci riguarda, non può valutarlo in un quadro complessivo. Con il risultato di allungare le liste d'attesa invece di alleggerirle.

Dataroom@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le parole del futuro

Il ricercatore dell'Istituto italiano di tecnologia, Virgilio Mattoli, parla del progetto IV-Lab, finanziato da fondi Ue: «Sviluppiamo microtecnologie per monitorare malattie in atto e ridurre la mortalità»

«Sensori nelle vene per prevenire attacchi cardiaci»

Virgilio Mattoli, 50 anni, Laurea in Chimica presso l'Università di Pisa, nel 2005 ha conseguito il Dottorato di Ricerca in Bioingegneria presso la Scuola Superiore Sant'Anna, fino al 2008 è stato ricercatore in visita a presso l'Università di Waseda a Tokyo lavorando su un mini-robot bio-ispirato. Da novembre 2009 a luglio 2015 è stato Team Leader della piattaforma Smart Materials presso il Centro di Micro-BioRobotica dell'Istituto Italiano di Tecnologia. Attualmente è coinvolto in diversi progetti di ricerca su questi argomenti, tra cui il progetto EUFET 5D NanoPrinting di cui è coordinatore. È autore o coautore di oltre 150 articoli su riviste internazionali.

Un dispositivo wireless dotato di multisensori impiantato nei vasi sanguigni di persone che soffrono di malattie cardiovascolari, per monitorare in tempo reale alcuni parametri fondamentali del loro stato di salute. Il progetto IV-Lab, finanziato con 4 milioni di euro dall'Unione Europea e coordinato dall'Istituto Italiano di Tecnologia, s'inserisce in quel percorso sempre più concreto di medicina personalizzata. Ne abbiamo parlato con Virgilio Mattoli, ricercatore dell'IIT di Pontedera (Pisa).

Come nasce l'intuizione che ha

portato al progetto?

«Il nostro team si occupa di microtecnologie e materiali per elettronica flessibile, lavorando ad un altro progetto abbiamo pensato che fosse possibile integrare una serie di sensori molto piccoli in un oggetto impiantabile nel corpo e parlandone con ricercatori del campo medico, è venuta fuori l'idea di un sistema così miniaturizzato da poter essere impiantato in vena. Infine siamo venuti a conoscenza delle possibilità di finanziamento per progetti in ambito europeo e siamo andati avanti».

Da quale presupposto clinico prende corpo l'idea di un dispositivo multisensoriale impiantabile?

«Come idea di base siamo partiti dalla problematica cardiovascolare, in particolare lo scompenso cardiaco che andrebbe monitorato a lungo termine e in maniera puntuale per poterne prevenire la riacutizzazione ed evitare l'ospedalizzazione, e in ultima analisi ridurre la mortalità. Al momento non esistono sistemi di monitoraggio del genere, quindi è nata l'idea di realizzare sensori per monitorare marker specifici sviluppando un sistema tecnologico molto piccolo e impiantabile; tra l'altro c'è un aspetto molto importante di biocompatibilità di cui si occupano due gruppi, uno al CNR e un altro ad IBEC in Spagna che analizzano emocompatibilità e citocompatibilità, e studiano come sarà possibile in futuro, impianta-

re il dispositivo senza incorrere in reazioni avverse quali trombosi».

Di quale tecnologia è composto?

«È una specie di piccolo stent che contiene una parte elettronica miniaturizzata e micro-sensori, che verrà sviluppata con tecnologie elettroniche tradizionali ed altre più avanzate di microfabbricazione additiva, utilizzando anche sistemi ultraprecisi di deposizione di metalli».

E come è fatto l'involucro?

«È simile ad un tubicino che per dare meno fastidio possibile al flusso del sangue, verrà reso emocompatibile con un primo rivestimento che lo protegge e un secondo rivestimento di spessore molto sottile, molecolare, che lo rendono invisibile agli agenti biologici che potrebbero creare trombosi o altri fenomeni patologici».

Quanti sensori ci sono all'interno?

«Potranno esserci fino a 6 sensori che misurano pressione, ematocrito ed ossimetria in tempo rea-



le, altri sensori elettrochimici basati su transistor organici che misurano sostanze molto specifiche, quali le troponine che sono dei marker rilevanti nello scompenso cardiaco e gli elettroliti del sangue, infine stiamo studiando un sensore di tipo ottico per la misura del glucosio; tutti questi sensori saranno alla fine integrati, ma verranno studiati tutti prima singolarmente, per testarne l'efficacia e l'integrabilità in opportuni simulatori in vitro».

Le dimensioni?

«Piccolo come un tubicino di 1-2 centimetri di lunghezza ed un diametro dai due ai quattro millimetri, che sarà impiantabile nelle vene o arterie in modo stabile».

E come sarà alimentato?

«L'idea è di un sistema senza batterie, perché non può averne essendo impiantabile nelle vene, ma che sia completamente alimentato dall'esterno come nella tecnologia NFC, quella già usata nei cellulari per pagare con carta di credito, che può essere usata sia per alimentare il sistema, che per leggere i dati. L'uten-

te potrà alimentare il sistema appoggiando lo smartphone che legge i dati in tempo reale o utilizzando una sorta di smartwatch che tramite un piccolo cerotto posto nelle vicinanze del tubicino può alimentare wireless il sistema e leggere i dati in continuo».

In tutto questo l'intelligenza artificiale che ruolo riveste?

«Nel progetto specifico non investighiamo questo aspetto perché siamo a uno step precedente, cerchiamo prima di sviluppare il dispositivo che poi potrà essere fondamentale per un secondo passaggio, quando i dati, una volta raccolti, ad esempio, potranno essere inviati via cloud al medico. In questa fase l'IA potrebbe trovare applicazione ed avere un ruolo predittivo verso la malattia; potrebbe controllare i dati in tempo reale, confrontandoli con lo storico di quelli già acquisiti e indicare quando sta per succedere qualcosa, quindi un ruolo predittivo sia per lo scompenso cardiaco, problemi cardiovascolari, e magari anche per altri problemi, come infarto e ictus».

Il primo prototipo sarà pronto alla fine dei quattro anni?

«Sì, almeno il primo prototipo completo, ma contiamo di farne

degli intermedi più semplici, magari con un solo sensore. Non vorrei sbilanciarmi, ma l'idea è di avere dei piccoli dispositivi integrabili e testabili già l'anno prossimo, ad esempio con un sensore

per la pressione».

Che tipo di utilità potrà avere per i medici?

«I medici potranno avere accesso in tempo reale a tutte le informazioni fondamentali del paziente, per cui penso sia rivoluzionario per un monitoraggio molto più puntuale e consentire una reattività maggiore di intervento, anche a beneficio del sistema sanitario».

Qual è l'innovazione di questo progetto rispetto a quanto esiste, se esiste?

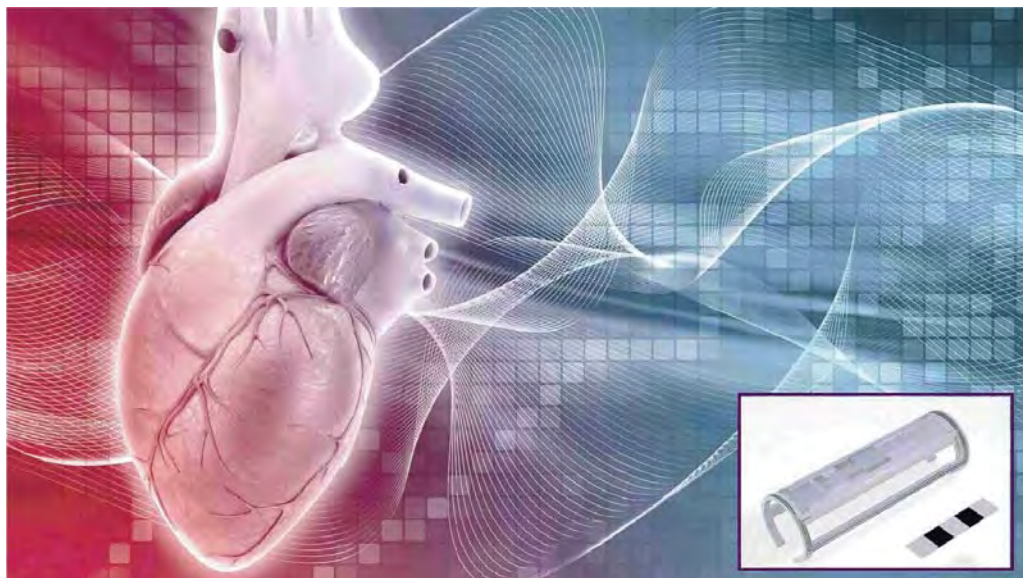
«Esiste un esempio di sistema che viene impiantato nell'aorta per misurare la pressione, in modalità wireless ed è l'unico sistema simile a quello che stiamo progettando, ma nel nostro caso ci sono più sensori che rilevano diversi parametri integrati in un microsistema all'interno di vene e arterie periferiche. Inoltre, se avremo successo, dispositivi simili potranno essere utilizzati anche per molte altre diverse patologie».

Paolo Travisi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«IL PRIMO PROTOTIPO COMPLETO SARÀ PRONTO TRA 4 ANNI, MA SPERO DI AVERNE UNO PER LA PRESSIONE L'ANNO PROSSIMO»

I NUMERI	
5	I centri di ricerca internazionali coinvolti nel progetto europeo
4	La dotazione in milioni di euro assegnata dall'Ue al progetto IV-Lab
25	Gli esperti al lavoro sui vari elementi tecnologici del prototipo
4	In millimetri, la larghezza massima del prototipo impiantabile nelle vene
6	I sensori integrati all'interno e dotati di tecnologia wireless



LO STUDIO CONDOTTO DA IRCCS SAN RAFFAELE DI ROMA CON SAPIENZA E FEDERICO II

Nei tre anni dopo il Covid più rischi cardiovascolari

LUCA PUCCINI

■ La pandemia è finita, l'emergenza pure, del Covid non ne parliamo più. Epperò, non per questo, s'è concluso tutto. Ché gli esperti, i virologi, dottori, in quegli anni là, quelli bui, del 2020 e del 2021, ce l'hanno detto e ridetto: sarà lunga. Sarà che ci saranno anche gli strascichi. L'aumento del rischio cardiovascolare associato nei pazienti che hanno contratto il virus potrebbe durare anni e non essere limitato alla fase acuta dell'infezione. È il sunto, stringato però chiaro, di un recente studio condotto dai ricercatori dell'Irccs San Raffaele di Roma, assieme ai colleghi dell'università capitolina La Sapienza e dell'ateneo napoletano Federico II, e pubblicato sulla prestigiosa rivista scientifica *Cardiovascular research*.

La scienza, come sempre, prima di tutto. La scienza che analizza, che studia, che osserva, che compara: perché altrimenti è il caos e non ci sono parametri a cui aggrapparsi. Perché, e questo il Covid ce lo ha insegnato bene, se c'è un modo per prevenire, per stare meglio è solo quello

scientifico.

E parte proprio da lì, dalla scienza, dalle numerose ricerche sorte prima di questo studio, sulle infezioni da Sars-Cov2 associate allo sviluppo di eventi cardiovascolari e cerebrovascolari, che con le abbreviazioni mediche si indicano in "Cv" e in "Macce", ma che per noi che non abbiamo una laurea in medicina si traducono sommariamente in infarti e ictus.

Poi, tuttavia, fa un passettino avanti perché prende in esame una popolazione reale di grandi dimensioni coinvolgendo soggetti che provengono da un database di medici di Medicina generale della Asl (l'Azienda di tutela della salute) 1 di Napoli seguiti per tre anni, nel periodo 2020-2022, e successivamente confrontati con una popolazione pre-pandemia derivata dallo stesso database tra gli anni 2017 e 2019. Parliamo di qualcosa come 229mila pazienti, circa un decimo dei quali (32mila) con quel maledetto tampone positivo, ossia con una diagnosi molecolare per il Covid-19, e in una regione, la Campania, considerata a rischio moderato seconda la classificazione europea Score, quella che valuta, appunto, il rischio cardiovascola-

re.

«I risultati» a cui sono giunti i ricercatori, spiega Massimo Volpe, che è il responsabile del Centro per la diagnosi e la cura dell'ipertensione arteriosa e delle complicanze cardiovascolari priorì all'Irccs San Raffaele di Roma, ed è anche tra i firmatari dello studio in questione, «hanno dimostrato che il gruppo infettato dal virus ha avuto circa il doppio dei casi di infarto del miocardio, di ictus cerebrale, di scompenso cardiaco, di fibrillazione atriale e di miopericarditi. Un rischio maggiore», quindi, «che nella popolazione affetta da Covid si protrae per almeno tre anni. La rilevante ricaduta clinica e sociale impone un'attenzione particolare nei confronti dei soggetti colpiti dal Covid che devono essere seguiti nel tempo, per il possibile sviluppo di malattie cardiovascolari». Il concetto a questo punto è semplice: bisogna pianificare un follow-up, un monitoraggio, più lungo per i pazienti affetti da Covid al fine di prevenire e gestire tempestivamente il potenziale verificarsi di eventi cardiovascolari e cerebrovascolari avversi maggiori.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il professor Volpe



17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Cardiologia/ Scompenso cardiaco, da Anmco gli esiti dello studio Bring-UP 3

di Fabrizio Oliva *

Nel corso del 55° Congresso nazionale di Cardiologia dell'Anmco, il più importante evento di Cardiologia in Italia, che si sta svolgendo a Rimini in questi giorni, sono stati presentati oggi gli attesissimi risultati dello studio Bring-UP 3 Scompenso.

Il Bring-UP 3 Scompenso è uno studio giunto alla terza edizione, poiché nel contesto dello scompenso cardiaco sono già stati condotti due studi clinici con lo stesso approccio metodologico. In questo caso sono stati inclusi un totale di 5.203 pazienti con diagnosi di scompenso cardiaco, provenienti da 186 centri di cardiologia. Nel 74% dei casi si tratta di pazienti arruolati nel corso di valutazioni ambulatoriali e, dunque, con forme di scompenso cardiaco cronico. Il restante 26% dei pazienti è stato incluso alla dimissione di un ricovero per scompenso cardiaco e, quindi, di questi pazienti è possibile conoscere le modalità di gestione diagnostico/terapeutica nella fase acuta intra-ospedaliera. L'età media dell'intera popolazione di pazienti inclusa nel Bring-UP Scompenso è di 70 anni e il 21% è di sesso femminile. Globalmente il 60% dei pazienti con scompenso cardiaco inclusi nello studio hanno una funzione sistolica ventricolare sinistra ridotta. Lo studio, di cui si è conclusa la prima fase ha già fornito informazioni precise sulla modalità di gestione di questa popolazione di pazienti sia nel contesto ospedaliero che ambulatoriale.

Il 56% della popolazione ambulatoriale aveva un quadro di insufficienza cardiaca a funzione sistolica ridotta (HFrEF); in questi pazienti si confermano un'età media inferiore e una minor rappresentanza del sesso femminile, con dati di comorbidità importanti, 30% diabete, 68% dislipidemia, 35% insufficienza renale. L'eziologia più frequente nell'HFrEF è quella ischemica e circa il 40% di pazienti ha avuto una precedente rivascolarizzazione. Nei pazienti con funzione sistolica conservata le eziologie più frequenti sono ipertensione e valvulopatie.

Rispetto al passato tra gli esami di laboratorio vi è un maggiore ricorso alla valutazione dei peptidi natriuretici mentre la carenza marziale viene indagata in pochi pazienti. Il dato indubbiamente più significativo riguarda i trattamenti raccomandati dalle linee guida: nell'HFrEF alla visita basale vengono implementate queste terapie e oltre il 96% di pazienti è in beta-bloccante, oltre il 90% in terapia con inibitore del Raas, 80% in MRAs e l'84% in SGLT2i. Il 64% dei pazienti è in quadruplica terapia. Anche nell' HFpEF la percentuale di pazienti in SGLT2i passa dal 25% al 50%.

Nei pazienti ospedalizzati per scompenso acuto rispetto all'ingresso vi è un significativo incremento dei trattamenti raccomandati al momento della dimissione. Questi importanti risultati confermano la qualità della cardiologia italiana ma anche l'importanza della ricerca osservazionale Anmco che porta all'implementazione dei



trattamenti farmacologici che si sono dimostrati in grado di migliorare gli outcome clinici di questi pazienti nei grandi trial.

** Presidente Anmco e Direttore Cardiologia 1 dell'ospedale Niguarda di Milano*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Cardiologia/ Gestione intraospedaliera dei pazienti infartuati, al congresso Anmco i risultati dello studio Eyeshot-2

di *Leonardo De Luca* *

Nel corso del 55° Congresso nazionale di Cardiologia dell'Anmco, il più importante evento di Cardiologia in Italia, che si sta svolgendo a Rimini in questi giorni, sono stati presentati gli attesissimi risultati dello studio



Eyeshot-2, un registro nazionale multicentrico prospettico che ha arruolato in 4 settimane, nel mese di febbraio 2024, più di 2.800 pazienti consecutivi con diagnosi di infarto miocardico acuto ricoverati in 183 terapie intensive cardiologiche italiane. Lo studio è una fotografia sulla gestione intraospedaliera dei pazienti ricoverati per infarto del miocardio nel nostro Paese. L'età media della popolazione di pazienti con infarto arruolati nello studio è pari a 69 anni, il 37% con più di 75 anni e il 27% di sesso femminile. Il 7.2% dei pazienti aveva meno di 50 anni (8.9% con Stemi e 5.6% con NStemi). Tra i pz con età inferiore a 50 anni, la maggioranza aveva una coronaropatia con interessamento di un solo vaso (53.2%) e il 9.5% presentava coronarie esenti da lesioni significative, nonostante la diagnosi finale di infarto. Per quanto riguarda le forme di infarto che non richiedono una riapertura immediata della coronaria responsabile dell'infarto (NStemi), il ricorso precoce (entro 24 ore) all'esame coronografico è risultato più frequente nella popolazione di pazienti più giovani (età <55 anni) e nei centri con a disposizione una sala di emodinamica in situ, mentre è risultato indipendente dal rischio stimato di eventi avversi, che invece dovrebbe essere il primo motivo per scegliere una strategia precoce. Abbiamo registrato un aumento significativo del ricorso alla rivascolarizzazione percutanea (Pci) e una riduzione dei tempi dall'ingresso in ospedale alla Pci (soprattutto nei centri dotati di laboratorio di emodinamica che sono circa la metà delle cardiologie italiane); in generale, il 90% dei pazienti con infarto è stato sottoposto ad angioplastica con un tasso di casi trattati in maniera "conservativa" che è inferiore rispetto a quello registrato nella precedente edizione dello studio che risale al 2015. Confrontando la mortalità intraospedaliera con lo studio condotto nel 2015 si è osservata una riduzione dal 2.3% all'1.8% nel NStemi e dal 3.9 al 2.8 nello Stemi (i tassi di mortalità intraospedaliera più bassi dei registri Anmco condotti negli ultimi 25 anni). Infine, è importante sottolineare che lo studio Eyeshot ha mostrato come, in generale, tutti i trattamenti raccomandati sono altamente prescritti. Scendendo nel dettaglio della terapia per la riduzione del colesterolo, rispetto allo studio condotto 9 anni fa, vi è un maggiore impiego della terapia di combinazione (statina+ ezetimibe utilizzata in più del 60% dei pazienti dimessi), mentre nuovi farmaci per l'ipercolesterolemia come gli inibitori di PCSK9 sono prescritti alla dimissione solo nel 5% dei casi.

* *Vice Presidente Anmco e Direttore Cardiologia del Policlinico San Matteo di Pavia*

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Cardiologia/ Congresso Anmco, lo studio Bring-Up Prevenzione accende la spia su obesità e fumo

di Furio Colivicchi *

Nel corso del 55° Congresso Nazionale di Cardiologia dell'Anmco, il più importante evento di Cardiologia in Italia, che si sta svolgendo a Rimini in questi giorni, sono stati presentati i risultati dello studio Bring-Up Prevenzione. Il Bring-Up Prevenzione ha finora incluso 4.790 pazienti provenienti da 189 centri cardiologici distribuiti su tutto il territorio nazionale. Si tratta di pazienti con storia di pregresso infarto o malattia coronarica o malattia ostruttiva degli arti inferiori o patologia cerebrovascolare. Da un'analisi preliminare dei dati raccolti, l'età media di questa popolazione è 67 anni e il 20% è di sesso femminile. Dati allarmanti sono quelli correlati alla prevalenza dell'obesità, il 20% di questi pazienti sono obesi, e del fumo di sigaretta, infatti il 21% è fumatore. In generale, una percentuale significativa di pazienti, pur avendo una precedente diagnosi di malattia cardiovascolare, non ha una ottimale gestione di fattori di rischio, come appunto l'obesità e il fumo di sigaretta. Possiamo quindi migliorare la gestione di questa popolazione di pazienti. Fondamentale a tale scopo è la consapevolezza del rischio di nuovi eventi come infarto ed ictus ascrivibili a fumo, ipertensione arteriosa, ipercolesterolemia e obesità. Inoltre, il 27% dei pazienti inclusi nello studio Bring-Up Prevenzione sono diabetici e nell'11% dei casi hanno una malattia renale cronica. Sebbene sia noto che il colesterolo è il fattore causale delle malattie aterosclerotiche, le statine, trattamento di prima linea per questi pazienti, erano impiegate inizialmente solo nel 68% dei pazienti prima della visita cardiologica. Dopo il controllo cardiologico la percentuale è salita al 98%. Questa variazione è espressione del fatto che essere seguito da un cardiologo può migliorare significativamente il profilo di rischio e ridurre la probabilità di recidive ischemiche, come infarto o ictus. I cardiologi possono quindi fare la differenza, migliorando il destino clinico dei pazienti. Ulteriori informazioni preziose verranno poi fornite da una dettagliata analisi della gestione terapeutica complessiva di questa popolazione di pazienti, che sarà disponibile alla conclusione dello studio.



* Past President Anmco e Direttore Cardiologia Clinica e Riabilitativa dell'Ospedale San Filippo Neri di Roma

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'uso delle staminali sui tumori al pancreas

Il progetto di Benedetta Ferrara riceverà il sostegno
«Sono multipotenti e in grado di auto-rinnovarsi»

Il ritratto

di Anna Fregonara

Allo studio un nuovo trattamento per la terapia del tumore al pancreas, noto per essere uno dei più aggressivi e meno sensibili alle terapie convenzionali: punta a sfruttare speciali cellule prodotte naturalmente dal nostro organismo e capaci di incorporare al proprio interno farmaci da trasportare a ridosso del tumore stesso. È la sfida della 33enne Benedetta Ferrara e del suo gruppo di ricercatori. Laureata in Biotecnologie mediche e con un dottorato in Scienze farmaceutiche e biomolecolari, per un anno sarà finanziata dalla Fondazione Umberto Veronesi per lavorare a questo progetto che si sviluppa all'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano: «Il tumore al pancreas è la settima causa di mortalità legata al tumore nel mondo. Ha la caratteristica di avere un'alta percentuale di recidiva, ossia di ripresentarsi e di non rispondere alle terapie perché spesso viene

diagnosticato quando è già in stadio avanzato o con metastasi, in primis nel fegato che è vicino al pancreas. I sintomi non si manifestano allo stadio iniziale e, a complicare la possibilità di formulare una diagnosi precoce c'è la posizione del pancreas, un organo poco accessibile. Quindi esami di routine come la palpazione, che in alcuni casi aiuta, non è di supporto».

Il tumore al pancreas è classificato in due sottotipi principali, esocrino ed endocrino. «Il primo tipo, ovvero l'adenocarcinoma duttale pancreatico che è quello su cui stiamo lavorando, è il più comune. In Italia ci sono state 15mila nuove diagnosi nel 2023. Inoltre, è il più aggressivo: la sopravvivenza, infatti, a cinque anni è di circa il 9% — prosegue la ricercatrice —. Oggi il trattamento standard prevede un intervento chirurgico, quando possibile, per eliminare la parte di organo interessata e la chemioterapia. Quest'ultima, tuttavia, ha una risposta limitata e ha effetti collaterali importanti. Pertanto c'è la necessità di migliorare l'efficacia delle cure disponibili e

una di queste opzioni, che ha già dimostrato benefici terapeutici in altri casi di tumore e di patologie, è il ricorso alle cellule staminali. In particolare, a quelle mesenchimali che derivano dal mesenchima, uno dei tessuti connettivi embrionali».

In generale, le cellule mesenchimali sono prodotte in grandi quantità dal nostro organismo, come nel caso del midollo osseo o del tessuto adiposo. Il forte interesse verso queste cellule deriva dalle loro proprietà uniche. «Sono in grado di auto-rinnovarsi e sono multipotenti, il che significa che hanno la capacità di differenziarsi in vari tipi cellulari e di rigenerare diversi tipi di tessuti», conclude Ferrara. «Hanno anche il vantaggio di essere facilmente isolate e manipolate in laboratorio e, quindi, possono funzionare come veicoli naturali per il trasporto di molecole terapeutiche».

Per ora abbiamo visto in vitro che le staminali possono trasportare i medicinali che stiamo testando, senza che la loro vitalità sia indebolita dal trattamento stesso. Il nostro

obiettivo è valutare, in modelli in vivo di adenocarcinoma pancreatico, l'efficacia terapeutica e la tossicità di un trattamento basato su cellule mesenchimali veicolanti un farmaco, la potenzialità di aumentare la risposta delle cellule immunitarie dirette contro il tumore e di ottimizzare la distribuzione del farmaco nel corpo. Infatti, utilizzando la somministrazione tramite la vena porta, vicina al pancreas e al fegato, la funzione di «consegna del farmaco» potrebbe rendere il medicinale stesso più disponibile nel sito del tumore perché può superare le barriere biologiche che una somministrazione endovenosa potrebbe incontrare. Si sa che, una volta somministrate, le staminali mesenchimali tendono a migrare e a posizionarsi attorno alle lesioni tumorali. Questo loro «intuito» è noto come «capacità di homing». È un meccanismo possibile grazie alla presenza di specifici fattori modulati rilasciati dalle aree lesionate e dal tumore stesso che attraggono le cellule staminali».

La malattia

Ha un'alta percentuale di recidiva, ossia di ripresentarsi, senza rispondere alle terapie

Esami

«Vediamo in vitro che le staminali possono trasportare i medicinali che stiamo testando»



Laboratori in Italia, 15 mila nuove diagnosi nel 2023 di cancro al pancreas



17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

IMPRESE E MERCATO

S
24

Cattani (Farindustria): terapie mirate sui tumori ma tempi lunghi in Italia per l'accesso alle cure innovative

“Ricerca, accesso, prossimità e formazione. Sono queste le direttrici da seguire per offrire nuove speranze di cura e più sostegno ai pazienti”. Lo afferma Marcello Cattani, presidente di Farindustria, in occasione della XIX Giornata nazionale del malato oncologico che si celebra ogni anno la terza domenica di maggio.

“L'industria farmaceutica, grazie anche al progresso tecnologico, è in prima linea nella R&S, con cure sempre più mirate e personalizzate - aggiunge -. Ad oggi sono oltre 9.000, su un totale di circa 23.000, i farmaci oncologici nella pipeline mondiale. Una quota pari quindi al 40% del totale che, nel 2010, era del 27%. In Italia di tutti gli studi clinici, quelli sulle neoplasie tra il 2020 e il 2022 rappresentano il 40%”.

Tuttavia, i pazienti italiani “si trovano in una condizione più penalizzante per l'accesso rispetto ad altri europei”. Nella Ue tra il 2019 e il 2022 sono stati approvati 48 farmaci antitumorali. E se in Germania ne sono disponibili 46, in Italia solo 40. Con tempi medi di accesso di circa 14 mesi, a fronte dei 3,1 proprio della Germania. “Serve quindi una decisa accelerazione - sottolinea Cattani -. Molto si può ancora fare per agevolare la vita dei malati oncologici, dei loro familiari e dei caregiver potenziando la medicina di prossimità e la telemedicina, con servizi all'avanguardia e supporti tecnologici. E assicurando un'assistenza multidisciplinare e multidimensionale. Con l'auspicata introduzione degli studi clinici decentralizzati, quelli fuori l'ambito ospedaliero, si potrà poi facilitare l'accesso e la partecipazione dei pazienti agli studi”.

Da non trascurare, infine, secondo il presidente di Farindustria “sono le iniziative educative e di sensibilizzazione che accendono i riflettori e creano “cultura”. Perché solo con la sinergia tra pubblico e privato - conclude Cattani - sarà possibile offrire il supporto necessario ai malati oncologici e affrontare le sfide che ancora abbiamo davanti”.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

I canali digitali sono sempre più utilizzati in ambito sanitario sia dai pazienti sia dai medici

Check-up completo con le app

Dalle prenotazioni di viste alle recensioni: la salute è online

Pagina a cura

DI IRENE GREGUOLI VENINI

L'uso dei canali digitali in ambito sanitario sta aumentando, sia da parte dei medici, sia dei pazienti. Sempre più spesso, infatti, le persone usano il web non solo per informarsi, ma anche per prenotare le visite, cercare strutture e contattare i medici. In questo contesto si diffondono piattaforme online e app che da un lato permettono alle persone di effettuare prenotazioni, comunicare online con i medici, inviare documenti, richieste di prescrizioni, recensire le strutture, e dall'altro consentono ai dottori di gestire il flusso di pazienti.

Le prenotazioni delle visite. Secondo un'indagine commissionata a Ipsos da **Doctolib.it** (azienda specializzata nella gestione degli appuntamenti medici) che si è concentrata sulle modalità di prenotazione in 5 regioni d'Italia (Lombardia, Lazio, Piemonte, Campania e Sicilia), nella scelta della struttura alla quale rivolgersi, a pari merito con i tempi di attesa, è prioritaria per più di 8 rispondenti su 10 anche la qualità del servizio offerto al paziente; sono inoltre fondamentali, per oltre il 70% del campione, la copertura da parte del servizio sanitario nazionale, la semplicità di prenotazione e il costo della stessa.

Per 6 intervistati su 10 la possibilità di sapere in anticipo la somma da pagare, la notorietà o la conoscenza pregressa della struttura sanitaria o del personale, il poter scaricare online il proprio referto e la distanza dalla propria abitazione sono fattori che possono influenzare la scelta della struttura sanitaria cui rivolgersi. Il passaparola, ovvero i consigli di parenti o amici, seppur presente, risulta oggi meno rilevante: è citato come un motivo di scelta importante da poco più di 4 intervistati su 10.

Dalla ricerca emerge che, negli ultimi 2 anni, tra le modalità più utilizzate, la prenotazione telefonica è stata la più diffusa (59%) anche se gli intervistati che hanno preferito l'online (46%) sono complessivamente più soddisfatti; resiste la prenotazione di persona, ancora in uso da parte del 43% del campione.

Il fattore generazionale ha una forte influenza sulla modalità prescelta, con i rispondenti nella fascia di età tra i 18 e i 34 anni che usano i canali digitali in percentuale superiore alla media: si tratta del 51% contro, per esempio, il 38% delle persone con più di 65 anni. Viceversa, il 64% delle persone anziane prediligono la prenotazione telefonica contro il 56% dei più giovani; inoltre, per più della metà (52%) dei cittadini oltre i 65 anni la prenotazione di persona è ancora il metodo più usato.

Esaminando le 5 regioni prese in considerazione dall'indagine, si evidenziano alcune disomogeneità. A nord, in Piemonte e Lombardia, aumenta la percentuale di rispondenti che prediligono la prenotazione online: rispettivamente il 54% e il 53%, mentre il dato medio sulle regioni prese in considerazione è del 46%.

In Campania e Sicilia il ricorso al digitale per prenotare cala al 39% e 37%. Nel Lazio, invece, la prenotazione telefonica è nettamente la più utilizzata, con il 65% dei rispondenti nella regione che la preferisce rispetto a una media del 59%. La metà degli intervistati in Campania, infine, si reca di persona dal medico o nella struttura di riferimento, un dato superiore a tutte le altre regioni analizzate.

Considerando il grado di soddisfazione nell'esperienza di prenotazione per ciascuna delle modalità esaminata, emerge che in generale l'esperienza è positiva. Tuttavia, ci sono alcune differenze rilevanti: in Pie-

monte, per esempio, il 14% di chi prenota telefonicamente è rimasto molto poco soddisfatto, mentre il 93% di chi ha prenotato online si è dichiarato soddisfatto o molto soddisfatto.

Una situazione simile si registra in Lombardia e Lazio, dove le persone che prenotano online, seppur di meno rispetto a coloro che scelgono il telefono, in 9 casi su 10 sono soddisfatte o molto soddisfatte: tra chi invece chiama, il 17% in Lombardia e il 15% in Lazio è rimasto deluso dall'esperienza. Anche chi ha prenotato di persona ha riscontrato problemi nel 14% dei casi in queste due regioni. In Campania, dove il 50% degli intervistati prenota di persona, questa modalità è però la meno soddisfacente in assoluto, con il 12% che dichiara di non aver avuto un'esperienza positiva. Invece sono nettamente migliori i pareri sulla prenotazione online e telefonica, con oltre 9 rispondenti su 10 che si dicono soddisfatti o molto soddisfatti di queste opzioni. La Sicilia presenta, rispetto alle altre regioni considerate, maggiori problematiche nella gestione di tutte le forme di prenotazione, in particolare per quella telefonica che rende non soddisfatto il 21% degli intervistati.

Anche per quanto riguarda la prenotazione online e di persona c'è una differenza con le altre regioni: l'84% in Sicilia si dice soddisfatto o molto soddisfatto di queste due opzioni, un dato più basso rispetto alle altre regioni dove, nel caso dell'online in particolare, la soglia è sempre superiore al 90%.

Dallo studio emerge che il 46% del campione d'indagine, negli ultimi 2 anni, ha scelto di prenotare online: i portali maggiormente utilizzati (47%) sono il Cup (Centro unico di pre-



notazione) o il sito web o l'app della struttura, mentre il 41% ha indicato il portale di assistenza sanitaria della Regione di residenza e il 33% le piattaforme online dedicate.

Il digitale in aiuto dei pazienti. In questo scenario si stanno diffondendo varie app e piattaforme che vanno in aiuto delle persone, consentendo di effettuare prenotazioni, contattare e comunicare online sia con i medici di base sia con gli specialisti, in modo da evitare code, tempi di attesa e da semplificare l'esperienza dei pazienti. Oltre alle piattaforme digitali di cui si sono dotate molte regioni per permettere la prenotazione online delle visite tramite il servizio sanitario nazionale, ci sono infatti diverse app che supportano le persone

su questo fronte.

Per esempio, c'è **MioDottore**, parte del **Gruppo DocPlanner**, piattaforma dedicata alla sanità privata che connette i pazienti con medici specialisti, medici di medicina generale, centri medici e ospedali. MioDottore offre ai pazienti uno spazio dove prenotare online visite mediche con specialisti e medici di medicina generale e di recensire lo specialista; allo stesso tempo fornisce ai professionisti sanitari e ai centri medici strumenti per gestire il flusso di pazienti. Arrivata in Italia nel novembre 2015, ha registrato 2,5 milioni di prenotazioni al mese, oltre 8 milioni di visite mensili al portale e 300 mila dottori disponibili sulla piattaforma, che di recente ha annunciato un ampliamento

dei suoi servizi anche nel campo degli esami diagnostici per la prenotazione di ecografie, radiografie, Tac, risonanze magnetiche e così via.

Un'altra opzione è **Doctolib.it**, app che consente di cercare i medici più vicini, trovare il primo dottore disponibile, prenotare (con la possibilità di confermare, spostare e annullare gli appuntamenti), inviare richieste di prescrizioni, visioni di esami e altro al medico di famiglia, al pediatra e ad altri specialisti.

Oppure c'è **DoctorApp**, che permette di visualizzare in tempo reale la disponibilità del medico di famiglia, o di uno specialista, di prenotare la visita, spostare o annullare la prenotazione, ricevere avvisi per le visite e aggiornamenti sulle no-

vità dello studio medico. **ScegliereSalute** è, invece, una piattaforma digitale per la ricerca di medici, professionisti sanitari, centri diagnostici e ospedali su cui è possibile accedere ad elenchi continuamente aggiornati suddivisi per provincia e categoria. Sono disponibili funzioni per contattare il medico o la struttura, per consultare le recensioni degli altri pazienti e per esprimere un giudizio sulla propria esperienza nei reparti e negli ospedali.

Il fenomeno in cifre

- Nella scelta della struttura alla quale rivolgersi, a pari merito con i tempi di attesa, è prioritaria per più di 8 rispondenti su 10 anche la qualità del servizio offerto al paziente
- Per oltre il 70% del campione sono fondamentali la copertura da parte del servizio sanitario nazionale, la semplicità di prenotazione e il costo della stessa
- Negli ultimi 2 anni, tra le modalità più utilizzate la prenotazione telefonica è stata la più diffusa (59%) anche se gli intervistati che hanno preferito l'online (46%) sono complessivamente più soddisfatti; resiste la prenotazione di persona, ancora in uso da parte del 43% del campione
- Il fattore generazionale ha una forte influenza sulla modalità prescelta, con i rispondenti nella fascia di età tra i 18 e i 34 anni che usano i canali digitali in percentuale superiore alla media
- A nord, in Piemonte e Lombardia, aumenta la percentuale di rispondenti che prediligono la prenotazione online: rispettivamente il 54% e il 53%, mentre il dato medio sulle regioni prese in considerazione è del 46%
- Il 46% negli ultimi 2 anni ha scelto di prenotare online: i portali maggiormente utilizzati (47%) sono il Cup (Centro unico di prenotazione) o il sito web o l'app della struttura, mentre il 41% ha indicato il portale di assistenza sanitaria della Regione di residenza e il 33% le piattaforme online dedicate

Fonte: indagine Ipsos-Doctolib.it



Sanità digitale: gli italiani si sentono ancora impreparati

Soltanto un terzo dei connazionali ritiene di avere un livello di competenza buono o avanzato. Tra gli over 65, appena il 12%

di **Ruggiero Corcella**

Si fa presto a parlare di sanità digitale. Perché, prima di tutto, bisogna saperla utilizzare e spesso non se ne hanno la possibilità o le competenze.

Quali conoscenze occorre allora sviluppare, per garantire che la sanità digitale diventi un vero strumento di equità ed evitare il rischio che crei ulteriori divari nella capacità di accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione?

L'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano lo ha chiesto a circa 630 medici specialisti, 430 medici di medicina generale e più di 3mila infermieri, (coinvolti grazie a Consulcesi Homnya, Amd, Ame, Fadoi, Simfer, Fimmg e Fnopi), oltre a un campione rappresentativo di

mille persone (in collaborazione con Doxa Pharma).

Cosa è emerso? Secondo l'Osservatorio, sono quattro gli ambiti da considerare: «Digital Literacy», cioè le competenze tecniche relative a come funzionano gli strumenti digitali usati; «Digital Soft Skills», che sono le capacità necessarie per comunicare e condividere informazioni efficacemente, attraverso canali digitali; «Health Literacy», ovvero le abilità necessarie per ricercare, elaborare e comprendere informazioni basilari in modo da prendere decisioni consapevoli sulla propria salute; «eHealth Skills», che includono le competenze per utilizzare in modo autonomo e maturo le tecnologie digitali nella gestione della salute personale.

«La maggior parte dei professionisti sanitari coinvolti nella ricerca ritiene che per i propri assistiti sia prioritario lo sviluppo della Health Lite-

racy, seguita dall'area delle Digital Soft Skills. Anche i cittadini identificano queste come le aree attualmente più critiche, per le quali dichiarano le lacune più significative», sottolinea Deborah De Cesare, direttrice dell'Osservatorio. Se pensiamo a un anziano, ad esempio, può risultare complesso per lui gestire eventuali problemi tecnici nell'utilizzo di strumenti digitali (solo il 31% degli intervistati ritiene di avere un livello di competenza buono o avanzato, valore che scende al 12% per gli over 65), ma anche più semplicemente interpretare correttamente le informazioni sulla propria salute, ad esempio contenute in un referto scaricato online (33%). «Investire nello sviluppo di tali competenze sarà quindi necessario per garantire un accesso più appropriato e consapevole da parte degli utenti alla gestione della propria salute», aggiunge De Ce-

sare. La «corsa» alla sanità digitale, infatti, non si ferma. Lo dimostrano i dati (si veda l'infografica) sull'utilizzo di app di messaggistica e piattaforme dedicate per comunicare con il proprio medico o altri professionisti della salute.

Medici e infermieri pensano che i pazienti non abbiano acquisito gli strumenti adatti per decisioni consapevoli

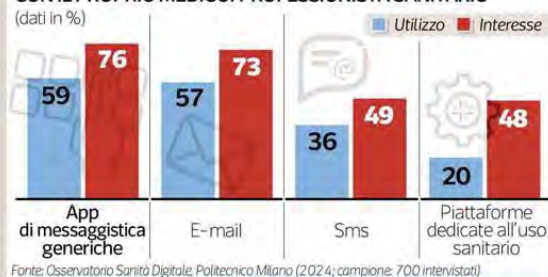
65%

degli italiani afferma di conoscere il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) e il 48% di usarlo contro il 54% e il 35% dell'indagine svolta nel 2023

50%

di chi usa il Fse ha fra i 35 e i 45 anni. Il 59% degli italiani di questa fascia d'età, lo utilizza non soltanto per sé stesso ma anche come caregiver di altre persone

I CANALI DIGITALI PIÙ USATI PER COMUNICARE CON IL PROPRIO MEDICO/PROFESSIONISTA SANITARIO (dati in %)



QUALI SONO I FATTORI PIÙ IMPORTANTI NELLA SCELTA DEL CANALE DIGITALE (dati in %)



L'analisi

Più informati
sul Fascicolo
sanitario
elettronico

Il tanto tormentato rapporto fra gli italiani e il Fascicolo sanitario elettronico (Fse) sembra volgere al bello. Dal Report 2024 dell'Osservatorio Sanità Digitale del Politecnico di Milano, infatti, emerge una maggiore consapevolezza della popolazione nei confronti del Fse. Il 65% del campione intervistato afferma di conoscerlo (vs 54% del 2023) e il 41% di utilizzarlo (vs 35%). Su questa crescita incide anche una maggiore informazione da parte delle varie figure che entrano in contatto con il paziente (es. medici di medicina generale, specialisti, farmacisti,

ecc.), oltre che campagne informative mirate. In particolare, questo strumento è molto usato fra i 35- 45enni (50%), cioè da chi ha probabilmente maggiore occasione di utilizzarlo sia per accedere ai propri dati o prenotare prestazioni per sé, sia in qualità di caregiver. Il 59% degli italiani di questa fascia d'età, infatti, lo utilizza anche o solo per altre persone. In generale, gli intervistati dicono di voler utilizzare sempre di più il digitale come canale preferito per accedere ai servizi sanitari (72%). Insieme al canale online, primeggia anche la farmacia (72%), seguita da altri luoghi vicini

al domicilio del paziente come uffici postali, banche, ecc (48%). Avere a disposizione in modo sempre più ricco e completo l'accesso ai servizi sanitari direttamente «a casa propria» o vicino ad essa, oltre a un giusto mix tra canali fisici e canali digitali, risulta una condizione ritenuta sempre più essenziale. «Lo sviluppo efficace delle iniziative di sanità digitale deve oggi fare i conti con la necessità di implementare le nuove infrastrutture digitali previste dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (dalle piattaforme di

telemedicina, al Fse 2.0) e di disegnare nuovi modelli organizzativi che permettano di integrare il digitale nei nuovi processi di cura e assistenza», dice De Cesare. Non bisogna poi tralasciare il ruolo primario che le tecnologie più innovative come l'Intelligenza artificiale stanno acquisendo in sanità, cercando di identificare i benefici per professionisti e pazienti senza però dimenticarne i potenziali rischi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Covid: 923 contagi e 17 decessi, positività all'1% nell'ultima settimana

di Radiocor Plus

Sono 923 i nuovi casi di Covid-19 registrati in Italia in seguito a 94mila tamponi processati nella settimana dal 9 al 15 maggio, in lieve aumento rispetto ai 627 certificati la settimana precedente (82.286 i test fatti). Il tasso di positività passa di conseguenza dallo 0,8% all'1%. Nell'ultima settimana i decessi sono stati 17, nella rilevazione del 2-8 maggio erano 9. I nuovi contagi sono per lo più concentrati nelle Regioni Lombardia (324 casi), Lazio (118 casi) e Piemonte (71 casi). Questa in estrema sintesi la situazione sul nuovo coronavirus fotografata dal bollettino pubblicato sul sito del ministero della Salute, che da oggi sospende le note stampa sul Covid.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

DAL GOVERNO

S
24

Iss: un test può fare la differenza per prendere di mira l'Hiv, l'Epatite C e la Sifilide

Fare un test che rilevi la presenza di infezioni è il primo modo e il più efficace per prendere di mira l'Hiv, la sifilide, le epatiti e le altre infezioni sessualmente trasmesse. Questo il messaggio che arriva dagli esperti del Dipartimento Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (Iss), in occasione della Spring European Testing Week, dal 20 al 27 maggio, dedicata a promuovere la consapevolezza sui benefici dei test precoci per queste patologie.

Sul sito dell'Iss **Uniti contro l'AIDS**

(<https://www.uniticontrolaids.it/attualita/eventi.aspx>), promosso dal ministero della Salute, vi sarà un puntuale aggiornamento sulle realtà in tutta Italia che aderiranno all'iniziativa e che offriranno gratuitamente il test per l'Hiv e per le epatiti.

“E' un'opportunità da sfruttare per conoscere il proprio stato di salute, anche perché offerta in molti casi con ingresso libero, senza prenotazione, e nel completo rispetto della privacy” evidenzia **Anna Colucci**, del Dipartimento di Malattie Infettive dell'Iss.

Hiv, i servizi offerti ai cittadini dall'Iss

Contestualmente ai test e alle informazioni che è possibile ricevere nelle strutture in cui vengono effettuati i test gratuiti, l'Iss con il Telefono Verde AIDS e IST, raggiungibile al numero 800861061, mira ad indirizzare i cittadini al meglio nell'orientarsi tra i Servizi sul territorio e a rispondere, in modo personalizzato, ai loro bisogni informativi. Si tratta di un Servizio nazionale di counselling telefonico, anonimo e gratuito, in italiano e inglese, attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 13 alle ore 18. In 36 anni dalla sua attivazione (giugno 1987-giugno 2023) l'équipe dedicata ha risposto, complessivamente, a 836.648 telefonate, effettuate per oltre il 70% da persone di sesso maschile.

Le persone non udenti possono utilizzare l'indirizzo e-mail tvalis@iss.it a loro dedicato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



del disco e protrusioni, a reumatismi e artrite. L'ozonoterapia è ampiamente utilizzata anche per il trattamento di problemi circolatori, nelle ulcere cutanee e arteriopatie periferiche, così come nel recupero post infarto. Ciò grazie all'azione benefica sul microcircolo, che conferisce una maggiore elasticità e plasticità a capillari, vene e arterie, e migliora la capacità dei globuli rossi di trasportare l'ossigeno verso i tessuti”.

Le proprietà dell'ozono di tipo antinfiammatorio, antiossidante e rivitalizzante dei tessuti, rendono l'ozono terapia indicata anche per il trattamento dell'affaticamento e della cosiddetta sindrome post-Covid che si stima interessi tra il 10% e il 30% dei pazienti che hanno contratto l'infezione da Sars-Cov-2.

“Il long-Covid si caratterizza per uno stato di infiammazione e alterazione funzionale che perdura nel tempo dopo la guarigione, spesso impedendo un pieno ritorno alla vita precedente. La sintomatologia, riscontrata anche dopo infezioni acute causate da altri patogeni – dal virus influenzale, alla SARS, al virus ebola –, è simile alla sindrome da fatica cronica e include spossatezza, nebbia alla testa, problemi di concentrazione, difficoltà nel respiro, dolori muscolari e articolari - afferma **Luigi Valdenassi**, presidente SIOOT e presidente del Congresso -. Diversamente dalle terapie che mirano al trattamento dei sintomi, l'ozono terapia agisce a livello sistemico, favorendo una maggiore ossigenazione dei tessuti e l'attivazione del metabolismo cellulare. Nei pazienti trattati con ozonoterapia è stato osservato un decorso del Covid più rapido e un recupero veloce e stabile”.

Un ambito molto promettente di applicazione dell'ossigeno ozono terapia riguarda il trattamento delle infezioni sostenute da batteri resistenti, un serio problema di salute pubblica che interessa da vicino l'Italia, dove la resistenza antimicrobica (AMR) rimane tra le più alte in Europa, con 11.000 morti l'anno.

L'ozono è il più potente antivirale, antibatterico e antimicotico esistente in natura, non introduce alcun tipo di meccanismo biologico che permette ai germi di resistere alla sua azione sinergica con il sistema immunitario, ed è privo di effetti collaterali. La SIOOT, insieme all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma, sta conducendo uno studio clinico multicentrico sulla valutazione dell'efficacia dell'ossigeno ozono terapia in combinazione con le terapie antibiotiche tradizionali nelle infezioni sostenute da germi antibiotico resistenti, che coinvolge una decina strutture ospedaliere in Italia.

“La SIOOT ha intrapreso un percorso virtuoso e molto rigoroso dal punto di vista scientifico, avviando un protocollo di sperimentazione controllata a partire da dati molto interessanti sull'utilizzo dell'ozono terapia per il trattamento delle infezioni, e in particolare quelle correlate all'antibiotico resistenza, volto ad offrire ai professionisti sanitari e ai pazienti uno spettro di tecnologie più ampio rispetto a quello attuale - aggiunge **Walter Ricciardi**, professore ordinario di Igiene e Medicina preventiva, Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma -. L'obiettivo è quello di poter disporre di terapie più efficaci, non invasive e prive di effetti collaterali, che garantiscano, insieme ad altri presidi terapeutici, migliori risultati assistenziali, contribuendo a contrastare una delle principali minacce per la salute globale”.

“Siamo molto entusiasti della straordinaria partecipazione dei colleghi italiani e internazionali giunti a Roma per confrontarsi sulle applicazioni dell'ossigeno ozono terapia nella pratica clinica quotidiana. L'ambizione della SIOOT è di aggregare gli ozonoterapeuti di tutto il mondo per far progredire la nostra disciplina e promuovere la più ampia diffusione possibile dei protocolli scientifici SIOOT, a garanzia dell'efficacia della cura e della sicurezza dei pazienti”, concludono Franzini e Valdenassi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Costruire accessibilità vuol dire costruire autonomia, e quindi benessere

di Daniela De Sanctis *

Camminare fa bene. È l'uovo di Colombo. I benefici sono indubbi, per corpo e mente, e su questo la consapevolezza è sempre più diffusa. Dopo la pandemia molti hanno scoperto quanto sia bello il semplice camminare all'aperto, per lungo tempo soppiantato da sport al chiuso. Proprio per questo è importante che tutti possano farlo, con i mezzi e nei modi in cui possono farlo. Fare un cammino, infatti, non va inteso esclusivamente come un movimento con le gambe ma come immersione lenta in un paesaggio, che si compie con i mezzi a propria disposizione: piedi e scarponi, certo, ma anche biciclette o, per le persone con disabilità motoria, sedie a rotelle. In tutti i casi, sia il movimento sia il trovarsi in un ambiente non circoscritto provoca un circuito di benessere, migliora il ritmo respiratorio e la postura, tiene in attività le articolazioni senza provocare stress. Questo circuito di benessere diventa ancora più esteso quando l'attività viene fatta in gruppo, con il valore aggiunto della condivisione, del ritrovare la capacità di relazionarsi - dalla pacca sulla spalla all'incoraggiamento verbale - e di sostenersi. Ci si sente meglio individualmente e ci si sente parte di un tutto. E questo accade in modo ancora più accentuato quando l'esperienza si prolunga qualche giorno, in forma itinerante, sviluppando la capacità di adattamento e il misurarsi con qualcosa di nuovo e stimolante. Un plus ulteriore è camminare in una comunità eterogenea. Non a caso il turismo sensoriale, nato inizialmente soprattutto per le persone ipovedenti, sta trovando sempre maggior interesse da parte di persone che non hanno disabilità ma vogliono sperimentare esperienze che diano loro una maggiore consapevolezza della propria capacità percettiva.

Anche promuovere l'accessibilità è un atto che promuove il benessere. Questo il senso più profondo dell'iniziativa "Sui passi di Francesco. In cammino per l'accessibilità e per la pace", che vede 10 viaggiatori - tra cui 6 in sedia a rotelle, 2 ipovedenti in tandem e 2 persone in bicicletta - attraversare un pezzo d'Italia, da Ancona a Roma, per mostrare che, nelle condizioni adeguate, anche una traversata di oltre 400 chilometri in 11 giorni è possibile. E che la vita riserva esperienze ed emozioni anche se le gambe non possono muoversi. Organizzato dalle associazioni di volontariato Free Wheels e NoisyVision, questo viaggio vuole destare l'attenzione su ciò che si può fare per aprire il più possibile strade, strutture ricettive e servizi alle esigenze di ogni tipo, da quelle di mobilità a quelle alimentari.

Le persone con disabilità, come tutti, hanno bisogno prima di tutto di sapere che possono vivere qualcosa di bello. Se questo bisogno è soddisfatto, il fisico sta automaticamente meglio. Se ne è accorto Marco Mazzato che, rielaborando un modello americano, ha inventato un tandem a guida posteriore, per condividere con il figlio, non in grado di muoversi in autonomia, la passione per la bici. In pochi anni questo ragazzo



con autismo, oggi diciottenne, ha ottenuto pedalando un miglioramento eccezionale su metabolismo, sviluppo e fiducia in sé stesso; questo tandem infatti, utilizzato anche nel viaggio da Ancona a Roma da persone ipovedenti, dà a chi è davanti la sensazione di poter guidare, stimolando autostima e autonomia.

Ed è proprio questa la parola chiave: autonomia. Tutti hanno bisogno del sostegno del compagno di viaggio, ma raggiungere l'autonomia deriva dal costruire accessibilità. Costruire accessibilità è, quindi, costruire benessere.

** portavoce Free Wheels odv*

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

Antibiotico-resistenza, l'Oms aggiorna l'elenco dei batteri "pericolosi"

di Red. San.

L'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha pubblicato la lista aggiornata dei principali batteri antibiotico-resistenti (Bppl) a livello globale, che comprende 15 famiglie di batteri resistenti agli antibiotici raggruppate in categorie critiche, alte e medie per la definizione delle priorità. L'elenco fornisce indicazioni sullo sviluppo di trattamenti nuovi e necessari per fermare la diffusione della resistenza antimicrobica (Amr).



La resistenza antimicrobica si verifica quando batteri, virus, funghi e parassiti non rispondono più ai farmaci, aggravando la malattia e aumentando il rischio di diffusione di patologie e decessi. L'Amr è determinata in gran parte dall'uso improprio e eccessivo degli antimicrobici. L'elenco aggiornato incorpora nuove prove e approfondimenti di esperti per guidare la ricerca e lo sviluppo di nuovi antibiotici e promuovere il coordinamento internazionale per favorire l'innovazione. «Grazie alla mappatura del carico globale di batteri resistenti ai farmaci e alla valutazione del loro impatto sulla salute pubblica, questo elenco è fondamentale per orientare gli investimenti e affrontare la pipeline degli antibiotici e la crisi di accesso - ha affermato Yukiko Nakatani, vicedirettore generale Oms per la resistenza antimicrobica - Da quando è stato pubblicato il primo elenco dei patogeni prioritari batterici nel 2017, la minaccia della resistenza antimicrobica si è intensificata, erodendo l'efficacia di numerosi antibiotici e mettendo a rischio molti dei progressi della medicina moderna».

I patogeni prioritari, come i batteri gram-negativi resistenti agli antibiotici di ultima istanza e il Mycobacterium tuberculosis resistente all'antibiotico rifampicina, rappresentano importanti minacce globali a causa del loro elevato carico e della capacità di resistere al trattamento e di diffondere la resistenza ad altri batteri. I batteri Gram-negativi hanno la capacità intrinseca di trovare nuovi modi per resistere al trattamento e possono trasmettere materiale genetico che consente anche ad altri batteri di diventare resistenti ai farmaci.

Gli agenti patogeni ad alta priorità, come Salmonella e Shigella, hanno un peso particolarmente elevato nei paesi a basso e medio reddito, insieme a Pseudomonas aeruginosa e Staphylococcus aureus, che pongono sfide significative in ambito sanitario.

Altri agenti patogeni ad alta priorità, come la Neisseria gonorrhoeae e l'Enterococcus faecium resistenti agli antibiotici, presentano sfide uniche per la salute pubblica, tra cui infezioni persistenti e resistenza a molteplici antibiotici, che necessitano di ricerche mirate e interventi di sanità pubblica.

I patogeni a media priorità includono gli streptococchi di gruppo A e B (entrambi nuovi nell'elenco del 2024), lo Streptococcus pneumoniae e l'Haemophilus influenzae, che

presentano un elevato carico di malattia. Questi agenti patogeni richiedono maggiore attenzione, soprattutto nelle popolazioni vulnerabili, comprese le popolazioni pediatriche e anziane, in particolare in contesti con risorse limitate. «La resistenza antimicrobica mette a repentaglio la nostra capacità di trattare efficacemente infezioni ad alto carico, come la tubercolosi, portando a malattie gravi e a un aumento dei tassi di mortalità», ha affermato Jérôme Salomon, vicedirettore generale Oms per la copertura sanitaria universale, le malattie trasmissibili e non trasmissibili.

Il Bppl 2024 sottolinea inoltre la necessità di un approccio globale di sanità pubblica per affrontare la resistenza antimicrobica, compreso l'accesso universale a misure di qualità e appropriate per la prevenzione, la diagnosi e il trattamento appropriato delle infezioni, come delineato nell'approccio centrato sulle persone dell'Oms per affrontare la resistenza antimicrobica e nel pacchetto principale di misure Interventi antimicrobici. Una strategia "fondamentale per mitigare l'impatto della resistenza antimicrobica sulla salute pubblica e sull'economia", sottolineano dall'Organizzazione.

Chi entra e chi esce dal nuovo elenco. Il Bppl 2024 ha visto la rimozione di cinque combinazioni patogeno-antibiotico incluse nel Bppl 2017 e l'aggiunta di quattro nuove combinazioni. Il fatto che gli Enterobatteri resistenti alle cefalosporine di terza generazione siano elencati come un elemento a sé stante all'interno della categoria di priorità critica - sottolineano dall'Oms - sottolinea il loro peso e la necessità di interventi mirati, soprattutto nei paesi a basso e medio reddito.

Il passaggio dell'infezione da *Pseudomonas aeruginosa* (Crpa) resistente ai carbapenemi da priorità critica a priorità alta nel Bppl 2024 "rispecchia le recenti segnalazioni di diminuzioni della resistenza globale - comunica ancora l'Oms - . Nonostante questa transizione, gli investimenti in ricerca e sviluppo e in altre strategie di prevenzione e controllo della CRPA rimangono importanti, dato il suo onere significativo in alcune regioni".

LA LISTA AGGIORNATA

Priorità critica:

- *Acinetobacter baumannii*, resistente ai carbapenemi;
- Enterobacterales, resistenti alle cefalosporine di terza generazione;
- Enterobatteri resistenti ai carbapenemi;
- *Mycobacterium tuberculosis*, resistente alla rifampicina (incluso dopo un'analisi indipendente con criteri paralleli personalizzati e successiva applicazione di una matrice di analisi decisionale multicriterio adattata).

Priorità alta:

- *Salmonella Typhi*, resistente ai fluorochinoloni
- *Shigella spp.*, resistente ai fluorochinoloni
- *Enterococcus faecium*, resistente alla vancomicina
- *Pseudomonas aeruginosa*, resistente ai carbapenemi
- *Salmonella non tifoidea*, resistente ai fluorochinoloni
- *Neisseria gonorrhoeae*, resistente alle cefalosporine e/o ai fluorochinoloni di terza generazione
- *Staphylococcus aureus*, resistente alla meticillina

Priorità media:

- Streptococchi di gruppo A, resistenti ai macrolidi
- *Streptococcus pneumoniae*, resistente ai macrolidi
- *Haemophilus influenzae*, ampicillina-resistente
- Streptococchi di gruppo B, resistenti alla penicillina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

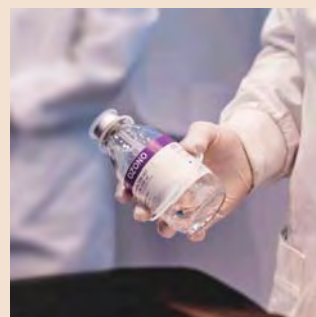
TWITTER | t

MEDICINA E RICERCA

S
24

Ozono e farmaci: binomio vincente per il trattamento di oltre 100 patologie e la lotta all'antibiotico-resistenza

Infezioni, disturbi muscolo-scheletrici, malattie infiammatorie e vascolari: sono oltre 100 le patologie per le quali è stata dimostrata l'efficacia dell'ossigeno ozono terapia, da sola o in combinazione con le terapie farmacologiche per potenziarne i benefici. L'applicazione si basa su una miscela di ossigeno e ozono, somministrata secondo specifici protocolli stilati dalla Società Scientifica Internazionale di Ossigeno Ozono Terapia (SIOOT) e validati dal Ministero della Salute, che agisce stimolando il sistema immunitario e aumentando le capacità antiossidanti delle strutture cellulari, proteggendo così l'organismo da fenomeni infiammatori e degenerativi. Utilizzata con successo per il trattamento dell'infezione da Sars-Cov-2, l'ozono terapia è oggi applicata anche nella terapia del long-Covid ed è protagonista di importanti studi scientifici per il contrasto dell'antibiotico-resistenza e in ambito oncologico.



Questi alcuni dei temi al centro del VI Congresso Internazionale di Ossigeno Ozono Terapia, in programma da oggi fino al 18 maggio all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Promosso dalla SIOOT, la società scientifica internazionale che da oltre quarant'anni promuove lo studio e il progresso dell'ozono terapia, il Congresso rappresenta il più importante appuntamento per la comunità medica interessata da questa disciplina che in Italia conta circa 4mila professionisti ozonoterapeuti e oltre 20mila a livello internazionale, cioè medici specialisti in diverse discipline che hanno conseguito un master in ozono terapia e seguono corsi di aggiornamento annuali sulla metodica organizzati dalla SIOOT.

Le applicazioni mediche dell'ozono risalgono alla metà dell'800, e oggi trovano evidenza in oltre 50 lavori scientifici pubblicati dalla SIOOT, cui si aggiungono 18 protocolli validati per il trattamento di patologie veterinarie. Senza dimenticare l'impiego dell'ozono in agricoltura, negli allevamenti e nell'industria alimentare, e per la sanificazione di acque e ambienti, non ultimo durante la recente pandemia.

“L'ozono è un gas naturalmente presente nel nostro organismo per difenderci dall'attacco di virus e batteri. La sua capacità di dissolversi in breve tempo in ambiente acquoso, come è per l'appunto il corpo umano, ha fatto sì che trovasse impiego anche a scopo terapeutico, miscelato con l'ossigeno” - spiega **Marianno Franzini**, presidente sezione internazionale SIOOT e presidente del Congresso -. Evidenze supportate da un'ampia letteratura scientifica e dalla pratica clinica hanno dimostrato la sicurezza e l'efficacia dell'ozono terapia per trattare molteplici condizioni patologiche, in particolare per il trattamento del dolore, sia cronico, sia articolare, dal mal di schiena dovuto a ernia

17 mag
2024

SEGNALIBRO | ☆

FACEBOOK | f

TWITTER | t

EUROPA E MONDO

S
24

EMA: sospendere i medicinali con idrossiprogesterone caproato nel mercato europeo

di Radiocor Plus

Il Comitato per la sicurezza dell'EMA (Prac) ha raccomandato la sospensione delle autorizzazioni all'immissione in commercio per i medicinali contenenti 17-idrossiprogesterone caproato (17-OHPC) nell'Unione europea. "Una revisione del Prac - spiega una nota - ha concluso che esiste un rischio possibile ma non confermato di cancro nelle persone esposte al 17-OHPC nell'utero". Inoltre, la revisione ha preso in considerazione nuovi studi che hanno dimostrato che il 17-OHPC "non è efficace nel prevenire le nascite premature mentre esistono anche dati limitati sulla sua efficacia in altri usi autorizzati". In alcuni paesi dell'Ue, i medicinali a base di 17-OHPC sono autorizzati come iniezioni per prevenire l'aborto o il parto prematuro nelle donne in gravidanza. Sono inoltre autorizzati per il trattamento di vari disturbi ginecologici e della fertilità, compresi i disturbi causati dalla carenza di progesterone.



© RIPRODUZIONE RISERVATA

TUTTI ARCHIVIATI

Covid, flop totale Fontana: «Dai pm pesca a strascico»

■ Finite nel nulla le inchieste sul Covid, il governatore della Lombardia Attilio Fontana attacca: «Una giustizia del genere non è più accettabile».

Della Frattina e Zurlo alle pagine 2-3

GIUSTIZIA E POLITICA Ultimo flop sulla pandemia

Cinque filoni, tutti al capolinea Inchieste Covid: restano solo macerie

La Procura di Bergamo si arrende e chiede l'archiviazione per la vicenda di Alzano Lombardo. La grande inquisizione, voluta a furor di popolo, ha portato al nulla. Motivazioni impietose

di Stefano Zurlo

L'ultimo flop è dei giorni scorsi: la procura di Bergamo alza bandiera bianca e chiede l'archiviazione per il filone che riguardava l'ospedale di Alzano Lombardo. Gli agguerriti avvocati delle vittime aspettano di leggere le motivazioni del provvedimento, che al momento nessuno conosce, poi daranno battaglia davanti al gip nel tentativo di rimettere in corsa il convoglio finito sul binario morto. Ma la partita sembra segnata e a questo punto si può dire che della grande indagine sul Covid, nata a furor di popolo a Bergamo, restano solo le briciole.

Una successione di archiviazioni, sparpagliate a spezzatino in mezza Italia, in un labirinto di procedimenti da far venire il mal di testa e che la dice già lunga sulla macchinosità, di più sull'inefficienza dello strumento penale davanti a una tragedia di queste proporzioni. Dunque, ci sono almeno cinque segmenti, tutti già arrivati o prossimi al capolinea: quello contro Giuseppe Conte e

Roberto Speranza è stato archiviato dal tribunale dei ministri di Brescia, il secondo contro Attilio Fontana e i componenti del Comitato tecnico scientifico, è naufragato sempre a Brescia, il terzo a Roma, ad aprile, con la caduta delle accuse agli ex ministri della salute Speranza, Beatrice Lorenzin e Giulia Grillo per il mancato aggiornamento del piano pandemico, il quarto a Milano, per il mancato adeguamento del piano pandemico regionale, il quinto a Bergamo. A Roma però il gip, sollecitato dagli avvocati delle vittime, ha stabilito una camera di consiglio per il 20 giugno e potrebbe riaprire il procedimento. Ma il canone, come ha raccontato ieri il Foglio, è questo. Basta leggere le motivazioni del troncone relativo al duo Conte Speranza, ministro della salute e premier, per cogliere la clamorosa fragilità dei capi d'imputazione. In particolare, se ci si sofferma sul capitolo relativo a Conte si può percepire sin dall'incipit, nemmeno tanto vela-

tamente sarcastico, lo scetticismo dei giudici di Brescia: «All'indagato è contestato, sia pure in forma non chiarissima, il reato di epidemia colposa omissiva in relazione alla diffusione dell'epidemia in Val Seriana, in particolare nei comuni di Nembro e Alzano Lombardo, per non aver esteso la zona rossa in quelle aree dal 26 febbraio 2020».

Quell'inciso, «non chiarissimo», è già un mettere le mani avanti. *En passant*, qualche pagina prima, gli stessi magistrati hanno scritto che l'epidemia colposa, come prevista dal legislatore, non può essere omissiva. Ci può essere la negligenza, o anche imprudenza e imperizia, ma l'illecito colposo è molto, molto stretto. L'epidemia, prevista dal legislatore nel 1929, è anzitutto dolosa e consiste nel diffondere germi pa-



togeni. Il resto se non è accademica, poco ci manca.

E invece l'accusa si appoggia alla famosa consulenza del professor Andrea Crisanti che, sulla base di una proiezione statistica, calcola 4.148 morti in eccesso.

Ci vuole poco per capire che siamo di fronte a considerazioni molto coraggiose, anche se dettate dalla volontà encomiabile di scandagliare le eventuali responsabilità di tanto dolore. A Conte viene peraltro contestato l'omicidio colposo per la morte di 57 persone. Solo che l'omicidio colposo è pensato in rapporto all'epidemia colposa omissiva che per il tribunale dei ministri non è «configurabile». Mancano i presupposti giuridici per contestare il primo reato e il primo fa cadere anche il secondo. Ma poi c'è ben altro: «Posto che non risulta che il presidente del consiglio prima del 2 marzo 2020 fosse stato istruito della situazione dei comuni di Nembro e Alzano Lombardo, stando all'imputazione l'allora

presidente del consiglio avrebbe dovuto decidere, circa l'istituzione della zona rossa, proprio il 2 marzo 2020, non appena avuta informazione della situazione dei due Comuni».

Di nuovo, qualcosa stride. «Si tratta, evidentemente, di ipotesi irragionevole perché non tiene conto della necessità per il presidente del consiglio di valutare e contemperare i diritti costituzionali coinvolti e incisi dall'istituzione della zona rossa». Un certo giustizialismo di piazza, cavalcato per anni, fra polemiche furibonde e talk infiammati, viene spazzato via in poche righe. E tutti ricordano la procuratrice aggiunta Maria Cristina Rota sulla porta di Palazzo Chigi quattro anni fa, in mezzo a un muro di telecamere.

Oggi tutto appare ridimensionato. Conte comprende la situazione il 2 marzo, poi deve prendere una decisione difficilissima che, spiegano i magistrati, non poteva essere assunta con il cronometro in mano. «E infatti - vanno avanti

i giudici - l'istituzione della zona rossa comporta il sacrificio di diritti costituzionali quali il diritto al lavoro, il diritto di circolazione, il diritto di riunione, l'esercizio del diritto di culto». E via elencando. «Si tratta quindi di valutazioni che, per la loro gravità, non è esigibile e neppure auspicabile che vengano assunte senza un'adeguata ponderazione dei dati di conoscenza acquisiti. Sotto questo profilo - è la conclusione drastica - la condotta ascritta all'allora presidente del consiglio... non è neppure astrattamente configurabile».

Macerie. Solo macerie. E Crisanti? «Il professor Crisanti ha compiuto uno studio teorico ma non è stato in grado di rispondere circa il nesso di causa fra la mancata attivazione della zona rossa e la morte di determinate persone». La posizione di Conte, e con lui di Speranza, può essere riproposta negli altri tronconi. «Si trattava quindi di una decisione politica sottratta al vaglio giurisdizionale».

IL PROFESSORE POI ELETTO

«Crisanti non è stato in grado di rispondere sul nesso fra mancata zona rossa e morti»



4.148

I morti in eccesso secondo la famosa consulenza del professor Andrea Crisanti



PANDEMIA E PROCESSI

BERGAMO Chiuso pure il filone Alzano. Per Fontana l'indagine non sarebbe dovuta partire, ma la malagestione resta: basta guardare ai fatti

Covid: le inchieste si archiviano, le scelte politiche (sbagliate) no

» Davide Milosa
MILANO

La diffusione del SarsCov2 in Lombardia, i 187 mila morti in Italia, i camion militari che escono da Bergamo trasportando i cadaveri, il suono delle ambulanze nel silenzio di Milano. Ricordi e immagini di una tragedia immane. Che è bene non dimenticare, ma soprattutto è bene che, al di là delle responsabilità penali ormai quasi tutte avviate verso l'archiviazione, tranne quella sull'aggiornamento e l'attuazione del Piano pandemico con indagati tre ministri della Salute e che sarà discussa davanti al gip di Roma il prossimo 20 giugno, le colpe politiche di mala gestione non vengano sovrascritte da parole di parte soprattutto nel rispetto delle vittime e dei loro parenti. Parole come quelle di Attilio Fontana, intervistato ieri dal *Giornale*. "Parole scandalose" le ha definite Consuelo

Locati, avvocato dell'Associazione vittime Covid-19 sereni e sempre uniti. Il presidente della Lombardia, commentando il suo proscioglimento e non tecnicamente una assoluzione, si dice sicuro che "le regole siano state rispettate" e ne approfitta per gettare la palla nel campo della polemica sulla riforma della giustizia.

Eppure analizzando i primi due mesi del 2020, fino all'8 marzo giorno del *lockdown* nazionale, l'evidenza che molto non torni è una certezza. E che "le poche conoscenze scientifiche" di cui parla Fontana nulla c'entrino con il disastro della amministrazione.

È al 1° gennaio 2020 che uno studio di Regione Lombardia fissa il primo caso di Covid in Lombardia, si tratta di un cittadino di Milano. Altri 384 ne verranno ben prima del 20 febbraio e del paziente 1 di Codogno. Sempre a gennaio, il 9, il ministero della Salute diffonde una nota della Cina descrivendo in modo chiaro i sintomi di una malattia respiratoria.

A metà di questo stesso mese il responsabile delle terapie intensive della Lombardia va all'Istituto superiore di sanità e appronta un piano informale sulle terapie intensive. Se ne calcolano, per far fronte al virus, 105 in più delle 700 disponibili. Il piano sarà spazzato via in 72 ore. Si arriverà a doverne

fare 1.800 in più. Il 26 gennaio, secondo l'infettivologo Massimo Galli, il virus arriva nella Bassa lodigiana. Lo tsunami è iniziato molto prima, già dal 1° gennaio, eppure Fontana sostiene che tutto è stato fatto a regola d'arte. Chi ricorda ad esempio R con zero? Ovvero il dato di crescita del virus. Al 22 febbraio, dopo la zona rossa a Codogno, il dato è superiore a due, un malato ne contagia almeno altri due, in Valserriana si supera il 3. La Regione sa tutto. Le carte della maxi-inchiesta di Bergamo lo confermano. Spiega in una chat agli atti l'allora capo dell'Areu: "Siamo quasi a tarallucci e vino (...). Giulio Gallera (ex assessore alla Sanità, ndr) non vuole dare dati giusti". In un'altra chat, Aida Andreassi, ex dirigente al Welfare, conferma: "Ho parlato con Fontana, dice che c'è una indicazione di tenere tutto nascosto. La dittatura cinese è meglio. Il presidente mi ha detto che non si può dire la verità". Tutto questo non è cancellabile da una banale richiesta di archiviazione.

ANCORA IL 7 MARZO, il giorno



prima del *lockdown*: “Siamo dal presidente, gli intensivisti sono messi a piangere. Gli hanno detto che stanno decimando la popolazione. Ho saputo che Salvini non vuole che la regione prenda posizione. Vuole mettere in difficoltà il governo”. Il 22 febbraio inizia la prima zona rossa nel Lodigiano per un caso. Ma in Val Seriana il giorno dopo i casi accertati all'ospedale di Alzano sono già tre. Quella zona rossa non sarà mai fatta. Quel 23 febbraio, 200 sindaci della Bergamasca sono collegati con i vertici re-

gionali, mai si parlerà di zona rossa, si sospende solo il Carnevale. Eppure già in quel giorno il dg della Sanità informa Fontana che ha tutti i poteri per disporre nuove zone rosse. RO a 3 in Val Seriana è noto al governatore eppure a Roma non lo segnala, ma conferma il mantenimento della sola zona di Codogno. Con i colleghi di partito Gallera spiega di tendere “verso una mitigazione delle misure”.

I giorni passano e gli studi confermano l'aumento. Il 7 marzo, Stefano Merler dell'Fbk

di Trento scrive alla Regione: “Il numero di terapie intensive è drammatico”. Quello stesso giorno Gallera rassicura l'industriale Bonometti: “Specificiamo la libera circolazione delle merci”. Come detto, nessuna responsabilità penale è stata o sarà accertata. Ma forse questo non basta ad assolvere Fontana e la Regione davanti alle vittime e ai loro parenti.

IL GIORNALE IL PRESIDENTE “SMEMORATO” GRIDA ALLA PERSECUZIONE GIUDIZIARIA



Governatore
Attilio Fontana,
al vertice
della Regione
Lombardia
dal 2018
FOTO ANSA



Sanità, stretta sui manager «Via chi non taglia le liste»

► Nuovi criteri per valutare l'efficienza dei direttori di Asl e ospedali

Stretta sull'efficienza dei manager della sanità: via chi non taglia i tempi

► Nuovi criteri sulle valutazioni dei direttori generali di Asl e ospedali: peserà la riduzione delle liste d'attesa. Regole più severe anche per i fondi ai privati

La Giunta Rocca pigia sull'acceleratore. E inserisce in modo vincolante il conseguimento della riduzione delle liste d'attesa fra i criteri su cui valutare il lavoro dei direttori generali chiamati a guidare le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere. Non solo. Un altro criterio riguarda la riduzione dei tempi che, in pronto soccorso, intercorrono «fra il triage medico, cioè il momento in cui il medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi e avviare l'iter diagnostico, e la dimissione». Per questo, nella nuova delibera si legge: «Il mancato conseguimento degli obiettivi costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso».

Magliaro a pag. 34 e 35

IL PIANO

I direttori di Asl e Ospedali sono avvisati: non riuscire a ridurre le liste d'attesa potrebbe far perdere loro il posto di lavoro.

La Giunta Rocca pigia sull'acceleratore e inserisce in modo vinco-

lante il conseguimento della riduzione delle liste d'attesa fra i criteri su cui valutare il lavoro dei direttori generali chiamati a guidare le Aziende sanitarie locali e le Aziende ospedaliere. Per essere pignoli: è il secondo criterio. Il primo è quello di ridurre i tempi che, in pronto soccorso, intercorrono «fra il triage medico, cioè il momento in cui il medico prende in carico il paziente per raccogliere l'anamnesi e avviare l'iter diagnostico, e la dimissione in caso di esito "ricovero in reparto di degenza"» che dovrà essere calcolato in rapporto al numero degli accessi al pronto soccorso che si sono conclusi con un ricovero. Due tempi di attesa, dunque, che messi insieme sono esattamente un terzo della valutazione complessiva di un direttore generale. Tanto che, nella delibera si legge: «Il mancato conseguimento degli obiettivi costituisce per il direttore generale grave inadempimento contrattuale e comporta la decadenza automatica dello stesso».

Sempre in tema di tempi e liste d'attesa, ci sono altri criteri di risposta medica che verranno presi in considerazione dalla Regione per valutare il lavoro dei dg. Il primo riguarda lo screening mam-

mografico: vanno ridotti i tempi di attesa fra la data della mammografia di screening e la data dell'approfondimento diagnostico. Ancora: vanno migliorati i tempi di attesa per l'esecuzione della prima colonscopia di approfondimento diagnostico. Il terzo criterio è quello legato ai controlli per l'epatite C: la Regione esige che Asl e Ospedali contattino tutti i cittadini del Lazio nati fra il 1969 e il 1989 per offrire loro uno screening di controllo sul virus Hcv che è quello che, semplificando, infetta il fegato e causa l'epatite C.

PRONTO SOCCORSO

Negli anni scorsi, con estrema frequenza si sono registrati casi di sovraffollamento nei pronto soccorso con i pazienti costretti dalla mancanza di letti nei reparti a rimanere parcheggiati sulle barel-



le. Il che aveva per effetto diretto quello di bloccare le ambulanze.

Ora la stretta della Regione Lazio riguarda il rapporto con i privati accreditati. In passato, spiega da via Cristoforo Colombo, era stabilito che i privati accreditati dovessero accogliere fra i loro pazienti il 95% dei pazienti usciti dal pronto soccorso. In pratica, dopo essere stati ricoverati per l'urgenza, stabilizzati i pazienti, quelli che non avevano esigenze mediche particolari (ad esempio la terapia intensiva o sub intensiva) ma che necessitavano ancora di cure avrebbero potuto essere trasferiti nei reparti delle strutture private. Che per questo venivano pagate. In realtà, però, non si è mai riusciti ad andare oltre percentuali inferiori al 10% di questi pazienti.

Da inizio anno, invece, la Regione ha posto un aut aut ai privati accreditati: o rispettano questa quota del 95% o si vedranno decurtati i fondi che la Regione riconosce loro.

L'obiettivo di questo provvedimento è semplice: riuscire a liberare quanti più posti letto possibile nei reparti per poter accogliere quei pazienti che entrano dal pronto soccorso e che hanno bisogno di cure intensive o di inter-

venti chirurgici. E che, appunto, spesso rimanevano per giorni bloccati sulle barelle nei corridoi dei nosocomi.

Il risultato - che il presidente della Regione, Francesco Rocca, nelle riunioni interne ancora non considera soddisfacente - ha già avuto un primo ritorno numerico: si è ridotto di oltre l'80% il numero delle ambulanze e delle barelle bloccate, mentre si è registrato un calo del 29% delle attese per un posto letto nei reparti e del 28% di quelli per l'attesa fra la visita in pronto soccorso e le dimissioni del paziente verso casa, verso un reparto di degenza interno o verso una struttura privata accreditata.

INTRAMOENIA

C'è un ultimo provvedimento, che la Giunta Rocca ha approvato due giorni fa e che riguarda il rimborso per i cittadini che ricorrono alle cure mediche intramoenia, fatte cioè nelle strutture pubbliche ma a pagamento.

In sostanza, la Regione e lo Stato fissano dei tempi massimi entro i quali un esame diagnostico deve essere effettuato. Qualora un paziente necessiti di un esame che, però, viene programmato per un tempo superiore a quello

massimo consentito, il paziente «può chiedere che la prestazione venga resa» in intramoenia «ponendo a carico dell'azienda unità sanitaria locale di appartenenza e della Asl nel cui ambito è richiesta la prestazione, la differenza» fra il ticket «e l'effettivo costo» dell'esame. E se il paziente è esentato dal pagamento, potrà richiedere «l'intero costo della prestazione».

Tuttavia, la Regione prevede «idonee misure da adottarsi nei confronti del Dg della Asl o dell'Azienda ospedaliera in caso di reiterato mancato rispetto dei termini individuati per l'erogazione delle prestazioni».

Fernando M. Magliaro

NEL MIRINO L'INTERVALLO DI TEMPO TRA IL TRIAGE E LA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE NEL PRONTO SOCCORSO

LE STRUTTURE NON PUBBLICHE DOVRANNO GARANTIRE LE CURE AI MALATI IN USCITA DAI NOSOCOMI

I NUMERI

15

Sono i punti che ha nella valutazione annuale un Dg di un ospedale per la riduzione effettiva delle liste d'attesa. Sono 16 invece quelli per ridurre l'attesa in pronto soccorso

95

La quota percentuale che i privati accreditati devono prendere dei pazienti in uscita dal pronto soccorso che hanno ancora bisogno di cure a bassa intensità

6

La percentuale di prestazioni che il privato accreditato dava al ReCup nel 2022 invece del 70% previsto dalle norme sull'accREDITAMENTO

2,2

Il numero, in milioni, delle prestazioni erogate dal privato accreditato che, al 3 maggio, risultavano inserite nel sistema ReCup su un totale da raggiungere di 4,8 milioni



Medici al lavoro durante un'esame ospedaliero



Liste d'attesa, luci e ombre: piano per ridurle in 4 mesi

►Migliorano i dati sulle risonanze magnetiche ma ancora ritardi per alcuni esami. Il pressing di Rocca sui dirigenti per rendere stabili i risultati

IL PROGRAMMA

Niente trionfalismi. Anzi, molta cautela. Ma i primi dati sugli effetti della "cura Rocca" per ridurre le liste d'attesa appaiono confortanti. Certo, nelle riunioni interne, una a settimana, Rocca continua a martellare i suoi per accelerare: ci sono ancora ombre e non sono poche. Ma il quadro appare in miglioramento netto per alcuni esami: le risonanze magnetiche, soprattutto, che vedono aumentare, e di molto, il numero delle prestazioni erogate e ridurre, di molto, i tempi di attesa. Per altri, invece, aumentano le prestazioni erogate ma i tempi di attesa si sono alzati. Come per l'esame di esofago e stomaco, la colonoscopia con endoscopio flessibile o la visita dal gastroenterologo.

I PRIVATI

Rocca e il direttore della Sanità regionale, Andrea Urbani, hanno avviato, a maggio scorso, il piano per ridurre le liste d'attesa. La partenza è quella di "riappropriarsi" della quota di agenda delle strutture private accreditate. Per cui sul tavolo di Urbani alla Direzione Salute c'è un "cruscotto" - cos' lo chiamano in Regione - che consente di visualizzare le disponibilità delle prestazioni sanitarie erogate per ogni singola azienda pubblica presente sul Recup. E nel cruscotto ora entrano anche i privati. Quando un'azienda privata - una clinica, un laboratorio analisi, un ospedale, un centro di ricerca a carattere scientifico (Irccs) e così via - ot-

tiene l'accreditamento, dovrebbe mettere a disposizione del sistema delle prenotazioni della Regione, il ReCup, il 70% della propria agenda degli appuntamenti. Ovviamente, riceve soldi per questo. Solo che, negli anni, questa quota era ben lontana dall'essere raggiunta. Ad esempio nel 2022, i policlinici universitari privati, a fronte di oltre 1 milione e 109mila prestazioni erogate prenotabili, ne avevano messe a disposizione del ReCup appena 4.316, pari allo 0,38%. Gli Irccs privati hanno dato al ReCup 27.749 prestazioni mentre ne hanno fatturate 268mila. Insomma, «in relazione al totale delle prestazioni erogate dalle strutture private, solo il 6% risultava effettivamente prenotato tramite il ReCup».

Lo scorso anno, Rocca ha spedito un ultimatum ai privati: o date effettivamente al ReCup il 70% della vostra agenda così come previsto dall'accreditamento o l'accreditamento ve lo togliamo. Da gennaio, le agende dei privati hanno iniziato ad affluire al ReCup. In

termini di numero di prestazioni, dopo aver superato una serie di problematiche tecniche legate soprattutto alla compatibilità dei software utilizzati che hanno richiesto 130mila test e 900 collaudi, a metà aprile se ne erano aggiunte un milione e 600mila dal privato. Il 3 maggio, siamo arrivati a 2,2 milioni. Per fine estate, si dovrebbe raggiungere il 70% che, da un punto di vista numerico, corrisponde a 4 milioni e 800 mila prestazioni che diventano prenotabili tramite i 4 sistemi ReCup: il call center 069939 della Regione, gli sportelli Cup delle varie Asl e Ospedali, il portale prenota-

smart.regione.lazio.it e l'app salutelazio.

ASSUNZIONI E MACCHINARI

L'altro grande pilastro su cui si basa l'azione della Regione è quello delle assunzioni. Solo pochi giorni fa, è stato varato uno dei più consistenti piani assunzionali mai varati con 9.703 nuove assunzioni o stabilizzazioni di medici, infermieri, operatori socio sanitari (Oss) e tecnici che saranno in servizio tutti entro fine anno. Questo piano assunzionale si somma a quelli varati nel 2023 che portano il totale di nuovo personale sanitario immesso nel sistema a oltre 14mila unità. Insieme a medici, tecnici e infermieri, grazie anche ai fondi Pnrr, la Regione ha varato un piano per rinnovare e implementare i macchinari per esami e diagnostica: Tac, risonanze, ecografi e così via stanno arrivando in gran numero. E il risultato è il San Camillo dove, da inizio mese, si effettuano esami come le Tac e le risonanze anche il sabato e la domenica. Il prossimo ospedale dove la combinazione di nuovi macchinari e personale aggiuntivo porterà a fare esami anche nel fine settimana dovrebbe essere quello di Frosinone.

Fer. M. Mag.

**IN ALCUNI CASI
COME NEI TEST
PER STOMACO
ED ESOFAGO
I TEMPI SI SONO
ALLUNGATI**

