



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 Settembre 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Trapianti: cuore artificiale sostituisce due ventricoli

19 Settembre 2022



(ANSA) - MILANO, 19 SET - Il Niguarda Cardio Center di Milano si prepara all'impianto del primo cuore artificiale che sostituisce sia il ventricolo destro che quello sinistro in maniera fisiologica. L'annuncio al 56esimo convegno nazionale di Cardiologia, promosso dalla fondazione De Gasperis, che si apre oggi al NH centro congressi di Milanofiori. Il cuore artificiale Carmat, un device di produzione francese, permette di intervenire anche quando la compromissione della sezione destra del cuore impedisce l'impianto di sistemi di supporto meccanico al circolo di tipo sinistro (LVAD). "Molti pensano che il cuore meccanico sia meno valido di quello umano, ma temporeggiare in una condizione di scompenso cardiaco cronico comporta il rischio di compromissione degli altri organi che, nelle forme più gravi può rendere il paziente non più trapiantabile", spiega il primario di cardiocirurgia, Claudio Russo. Il nuovo cuore artificiale, "si comporta come un cuore vero - aggiunge -: registra le aumentate richieste di pompa, le modificazioni della pressione arteriosa e del volume circolante, adattandosi alle nuove condizioni esattamente come un cuore normale".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

L'endocrinologia e l'inadeguata assistenza fornita dalla sanità pubblica italiana

di Annamaria Colao

Il problema maggiore è la carenza di strutture in cui opera l'endocrinologia: poca cultura endocrinologica da parte dei medici di medicina generale (MMG) che sono i primi a visitare il paziente, pochi specialisti ambulatoriali di endocrinologia con lunghe liste d'attesa, poche strutture ospedaliere dedicate all'endocrinologia che hanno subito un notevole taglio di posti letto negli ultimi dieci anni.



19 SET - L'Endocrinologia è una delle poche branche della medicina che non ha confini di organo o di sistema: non c'è organo del nostro corpo che non sia endocrino, che non produca cioè sostanze ormonali che diano effetti. L'endocrinologia è presente nel percorso assistenziale dei pazienti in tutte le fasi della loro vita. Le patologie endocrinologiche, purtroppo sempre più emergenti, riguardano patologie croniche come l'obesità, il diabete, le patologie metaboliche e tiroidee, l'osteoporosi, le patologie neuroendocrine ed i tumori rari, le patologie andrologiche, che rappresentano un importante problema socio-sanitario e che necessitano di sostegno da parte delle istituzioni e del servizio pubblico.

Tra le malattie metaboliche emergenti, l'obesità ed il diabete mellito di tipo 2 espongono il paziente ad una maggiore suscettibilità alle infezioni e ad un maggior rischio di ospedalizzazione, come abbiamo visto durante la pandemia da Covid-19, rappresentando un serio problema di salute pubblica.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il Rapporto europeo sull'obesità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), pubblicato il 3 maggio 2022, rivela che i tassi di sovrappeso e obesità hanno raggiunto proporzioni epidemiche in tutta Europa e che nessuno Stato può contrastare l'aumento entro il 2025.

In Europa il 59% degli adulti e quasi 1 bambino su 3 (29% dei maschi e 27% delle femmine) è in sovrappeso o in condizioni di obesità e che tali tassi sono la causa di oltre 1,2 milioni di decessi all'anno, corrispondenti a oltre il 13% della mortalità totale europea.

In Italia, i recenti dati ISTAT mostrano 22 milioni di cittadini in sovrappeso e 6 milioni affetti da obesità. Questi sono numeri preoccupanti anche per il nostro SSN per quanto riguarda il costo pari a 22,8 miliardi di euro all'anno. Per quanto riguarda il diabete, 10 miliardi di euro, ovvero circa il 10% del Fondo sanitario nazionale, è la spesa complessiva annuale a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

In questi anni i progressi fatti dall'Endocrinologia hanno riguardato la salute e lo sviluppo sostenibile e rappresentano ancora sfide per il prossimo futuro. Il primo gradino verso la sostenibilità è la cultura: informare la popolazione che è possibile attivare delle procedure per mantenerci in un buon stato di salute permetterà di ammalarsi di meno e sicuramente prima che le malattie diventino ingenti e con un costo sociale elevato. Questo è, in salute, lo sviluppo sostenibile. Le cure oggi hanno un costo dieci volte più elevato rispetto a quelle di trenta anni fa.

Sicuramente va in questa direzione il processo che ha investito la popolazione durante la pandemia che ha cambiato l'approccio ai temi di salute e ci ha messo anche di fronte al fatto che dobbiamo lavorare sulla tenuta del sistema, e quindi non lasciare indietro gli altri pazienti nonostante la pandemia. Dobbiamo essere in grado di reggere qualunque sfida per qualunque malato.

La ricerca non si ferma: non dobbiamo dimenticare che i pazienti sono la nostra priorità. Hanno bisogno di interlocutori preparati, validi, per affrontare al meglio il percorso terapeutico.

La sanità italiana attualmente non fornisce un'offerta assistenziale endocrinologica adeguata per le esigenze del cittadino. La Società Italiana di Endocrinologia, di cui sono Presidente, si è sempre occupata di raccogliere le criticità della gestione assistenziale (ivi compresi gli aspetti diagnostico-terapeutici) delle problematiche endocrino-metaboliche emergenti.

Il problema maggiore è la carenza di strutture in cui opera l'endocrinologia: poca cultura endocrinologica da parte dei medici di medicina generale (MMG) che sono i primi a visitare il paziente, pochi specialisti ambulatoriali di endocrinologia con lunghe liste d'attesa, poche strutture ospedaliere dedicate all'endocrinologia che hanno subito un notevole taglio di posti letto negli ultimi dieci anni. Proprio il taglio dei posti letto è una delle maggiori criticità già evidenziate anche dal "Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani" (FoSSC).

Il nostro SSN garantisce l'erogazione delle prestazioni sanitarie incluse nei Livelli essenziali di assistenza (Lea) attraverso l'attività di soggetti erogatori pubblici (Aziende sanitarie e ospedaliere, Aziende ospedaliero-universitarie, IRCCS pubblici), privati equiparati (IRCCS privati, Ospedali classificati e "Presidi") e privati accreditati, con i quali le Regioni e le Aziende stipulano degli accordi o contratti.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Tuttavia, il processo di regionalizzazione della sanità pubblica, se da un lato ha consentito una maggiore razionalizzazione della spesa, ha d'altro canto condotto inevitabilmente ad una disparità di gestione dei casi clinici nell'ambito di diverse aree specialistiche, fra cui l'endocrinologia. In alcune regioni/aziende ospedaliere è possibile ancora il ricovero in degenza ordinaria per le patologie endocrino-metaboliche, mentre il ricovero in Day Hospital è mantenuto in alcune realtà con indicazioni ben definite concordate localmente.

Per quanto riguarda l'annoso problema dei test diagnostici, il labirinto venutosi a creare fra appropriatezza e rimborsabilità li rende di difficile, se non impossibile, esecuzione in alcune regioni italiane.

Si pensi ad esempio al test del digiuno per la diagnostica delle ipoglicemie organiche: non è eseguibile in Day Hospital o Macroattività Ambulatoriale Complessa poiché richiede lo stretto controllo clinico del paziente fino ad un massimo di tre giorni, non è eseguibile in regime di ricovero ordinario in quelle regioni in cui l'appropriatezza di ricoveri per la diagnosi di patologie endocrine non è riconosciuta. In altri contesti regionali, la conversione dei ricoveri giornalieri in prestazioni ambulatoriali complesse (diagnostiche, terapeutiche o riabilitative) ed il conseguente adeguamento delle tariffe hanno reso l'erogazione di alcune prestazioni economicamente penalizzante per le strutture sanitarie: questo contesto, a sua volta, rischia di ridurre la possibilità da parte dei pazienti di accedere ad alcune di queste prestazioni.

I tests ormonali dinamici sono indagini diagnostiche indicate dalle correnti linee guida delle maggiori società scientifiche nazionali e internazionali per la conferma della diagnosi in diverse condizioni cliniche molto importanti e richiedono l'esecuzione in regime protetto per la possibile comparsa di effetti collaterali e per le modalità di svolgimento. Richiedono personale esperto per l'esecuzione e l'interpretazione, nonché l'uso di diagnostici specifici. Pertanto è previsto un impegno di risorse medico-infermieristiche e di materiale di consumo che al momento non ha codifica, e per cui non è prevista tariffa né remunerazione. E' indispensabile il riconoscimento di questa attività assistenziale per poterla erogare su tutto il territorio nazionale in maniera omogenea come previsto dalla Legge.

L'attività specialistica endocrinologica deve essere al centro di un moderno SSN che consideri l'evoluzione delle conoscenze e delle mutate condizioni socio-sanitarie degli assistiti. Richiediamo al nuovo Governo investimenti sul fondo sanitario nazionale dedicati alle risorse umane per fornire ai nostri pazienti tutti i servizi e le cure di cui hanno bisogno.

Prof.ssa Annamaria Colao

Presidente della Società Italiana di Endocrinologia (SIE), Professore Ordinario di Endocrinologia e Chairholder Cattedra Unesco "Educazione alla salute e allo Sviluppo Sostenibile", Università Federico II di Napoli

PS PANORAMA DELLA SANITÀ

Contratti, Cgil Cisl Uil: lavoratori Rsa in emergenza salariale, serve rinnovo

19/09/2022



'In attesa da anni, crisi già pesa sulle loro spalle'

“Le lavoratrici e i lavoratori delle Rsa sono in piena emergenza salariale, a fronte di contratti fermi da anni e per effetto della crescita dell’inflazione. Le associazioni datoriali ARIS e AIOP aprano le trattative per il contratto delle RSA ARIS/AIOP atteso da più di due anni”. Così in una nota Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl

replicano alle recenti dichiarazioni dei presidenti di [Aris](#) e Aiop, Virginio Beber e Barbara Cittadini, sull’impossibilità per le RSA in tutta Italia di far fronte agli aumenti determinati dal caro energia e che rischia di mettere a rischio il mantenimento delle strutture e la loro sostenibilità.

“Pur consapevoli delle difficoltà che il sistema sta affrontando – osservano i sindacati –, riteniamo però che nelle loro dichiarazioni manchi un pezzo importante, ovvero le lavoratrici e i lavoratori che lavorano in queste strutture. Crediamo che il caro energia sia uno degli aspetti della drammatica crisi che sta investendo il nostro paese, che impatta pesantemente sugli individui e le famiglie ma anche sulle imprese e quindi anche sulle strutture residenziali, ma ricordiamo ai due presidenti che c’è un’emergenza che devono affrontare e che mette a rischio l’esistenza e la qualità delle cure nel settore delle Rsa: quella salariale, che investe migliaia di lavoratori e lavoratrici, i cui salari sono fermi da 14 anni e che sta diventando vera e propria emergenza a fronte di un’inflazione che sta letteralmente azzerando i risparmi e gli stipendi di tutto il personale”.

La crescita dell’inflazione all’8,5%, aggiungono Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl, “sta colpendo i prezzi di beni alimentari e di consumo, riducendo la capacità di spesa di queste lavoratrici e lavoratori che, con i contratti fermi nel peggiore dei casi al 2005 o nel migliore nel 2012, con stipendi che superano per alcune categorie di poco i 1.000 euro, sono ancora più drammaticamente colpiti dagli effetti del caro energia. Le lavoratrici e i lavoratori devono, come i loro datori di lavoro, far fronte agli aumenti dei costi alimentari ed energetici; non è una situazione sostenibile perché non hanno più capacità di spesa, ma di questo i due

presidenti se ne dimenticano oramai da tempo, anche prima di questa crisi, opponendo di fatto un fermo rifiuto all'apertura del tavolo di trattativa per la definizione del nuovo contratto nazionale di lavoro".

Per questo Fp Cgil, Cisl Fp e Uil Fpl chiedono "ancora una volta ad ARIS e AIOP di aprire le trattative per il contratto delle RSA ARIS/AIOP che aspettiamo da più di due anni, con l'obiettivo di garantire salari adeguati e diritti, giuste tutele normative al personale, per contrastare insieme il dumping contrattuale e i contratti pirata. Vogliamo un contratto che riconosca diritti e professionalità necessari a garantire il mantenimento di un'assistenza adeguata e delle strutture; per arrivare a questo occorre che le due associazioni si fermino e comprendano che ciò dovrà accadere a partire da come loro garantiscono al proprio personale come poter continuare a recarsi al lavoro e come provvedere alla propria sopravvivenza. La nostra non è dietrologia, c'è troppo silenzio da parte delle due associazioni nei confronti dei lavoratori che, è bene ricordare, sono coloro che hanno permesso di mantenere aperte le loro strutture durante la pandemia e tuttora lo garantiscono, con estreme difficoltà soprattutto economiche", concludono.

IL REPORT SETTIMANALE

Covid, in calo incidenza e posti letto occupati

Il direttore della Prevenzione, Rezza: ben sotto le soglie critiche. Rasi (ex Aifa): vaccini ok, non importa quale

Scendono ancora i dati di incidenza del Covid-19, così come l'occupazione di posti letto sia in terapia intensiva, sia nei reparti ordinari. Ma la campagna vaccinale per la quarta dose procede a rilento, mentre le autorità sanitarie insistono nel raccomandarla. Intanto ieri le attività del ministero della Salute sono state interrotte per alcune ore per un allarme bomba, rientrato dopo le verifiche delle forze dell'ordine. Intanto l'Agenzia europea dei medicinali (Ema) ha approvato l'utilizzo del vaccino Pfizer quale dose di richiamo per i bambini tra i 5 e gli 11 anni.

Ieri i numeri diffusi da ministero della Salute e Istituto superiore di sanità indicavano 17.364 nuovi casi e 44 decessi legati al Covid. In calo sia le persone attualmente positive (-18.488) sia i ricoverati in terapie intensive (-1) o in reparti ordinari (-32).

Il report settimanale a cura della cabina di regia indica – per il periodo dal 5 all'11 settembre – un calo dell'incidenza «che sembra prossima alla stabilizzazione» e la conferma del trend in diminuzione della pressione sul sistema sanitario: «Per quanto riguarda i tassi di occupazione nei posti di area medica e in terapia intensiva – ha detto Giovanni Rezza, direttore generale della Prevenzione al ministero della Salute – siamo rispettivamente al 5,7 e all'1,4 per cento, ben al di sotto di qualsiasi soglia di criticità relativa alla congestione delle strutture sanitarie». L'incidenza è stata pari a 180 per 100mila abitanti, rispetto alla settimana pre-

cedente che era 213. Stabile a 0,92 l'Rt calcolato sui casi sintomatici, in leggera diminuzione quello basato sui ricoveri (da 0,88 a 0,81). Quanto alle varianti, è ormai quasi esclusiva la diffusione di Omicron 5, che è al 94,4% dei campioni esaminati, secondo un'indagine rapida dello scorso 6 settembre.

Il ministro della Salute, Roberto Speranza, ha ribadito l'opportunità di una quarta dose per le categorie raccomandate, segnalando che finora l'hanno ricevuta circa 3 milioni di persone. Che però rappresentano una quota molto ridotta del campione: negli ultimi 3 giorni, sono state effettuate poco più di 10mila quarte dosi al giorno. «Considerata la disponibilità di nuovi vaccini adattati alle varianti in circolazione, è importante – osserva Rezza –, soprattutto per le persone fragili e gli ultrasessantenni, effettuare le dosi booster in modo da ridurre il rischio di malattia grave e ospedalizzazione».

Sulla situazione della campagna vaccinale, interviene Guido Rasi, docente di Microbiologia all'Università Tor Vergata ed ex direttore generale sia dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), sia dell'Ema: «Sono stati fatti errori, come non preparare la comunicazione sull'arrivo dei vaccini aggiornati ad

Omicron, un fatto ampiamente noto». Se infatti, aggiunge Rasi, «da un punto di vista clinico, avere più opzioni nel cassetto è un bene», tuttavia, «da un punto di vista immunologico la differenza tra il vaccino iniziale e questi aggiornati è marginale, quindi ha più senso dire quando farlo che quale fare». È mancata una comunicazione chiara: «Tutto questo poteva e doveva essere spiegato alla popolazione: il richiamo va fatto per le categorie a rischio, ma a chi è giovane non serve a nulla».

Ieri mattina, qualche ora di paura per un allarme bomba, che ha costretto a evacuare tutti i dipendenti del ministero della Salute, sia nella sede di Lungotevere Ripa (sede storica, con l'ufficio del ministro), sia in quella di via Ribotta (all'Eur). Dopo i controlli dei carabinieri, che non hanno fatto emergere nulla, l'allarme è rientrato. Dura condanna delle Federazioni nazionali sia dei medici (Fnomceo) sia degli infermieri (Fnopi): «Non è concepibile che in un clima già di estrema difficoltà come quello in cui il nostro Paese, e non solo, è costretto a vivere, ci sia chi utilizza mezzi tanto abietti, quanto riprovevoli per seminare ulteriore caos». (En.Ne.)

Ieri mattina, allarme bomba al ministero della Salute: evacuati per ore i dipendenti delle due sedi



Dopo la sanità tocca agli enti locali: nuove obiezioni Mef sul contratto

Pubblico impiego

Sotto esame l'attuazione della quarta area con le posizioni organizzative. Si allungano i tempi per l'entrata in vigore dell'intesa del 4 agosto

Gianni Trovati

Dopo la sanità, tocca agli enti locali affrontare le obiezioni del ministero dell'Economia sui contenuti della pre-intesa per il rinnovo contrattuale 2019/21. Nei giorni scorsi la Ragioneria generale dello Stato ha formulato una serie di osservazioni al testo dell'accordo firmato fra Aran e sindacati il 4 agosto scorso. Che promette aumenti medi per 100 euro lordi, con un effetto complessivo da 117,53 nei calcoli di Funzione pubblica che contemplano anche lo sblocco dei fondi accessori e i fondi per gli ordinamenti. A questo punto, difficile immaginare che aumenti e arretrati (da 1.500 a 2.800 euro lordi a seconda della posizione economica e del calendario) arrivino in busta prima di fine anno.

Come accaduto per le Funzioni centrali, che hanno chiesto cinque mesi per passare dalla preintesa alla

firma definitiva, anche per sanità, regioni ed enti locali i tempi per l'entrata in vigore dei nuovi contratti sembrano allungarsi rispetto alle previsioni.

In entrambi i casi, a quanto risulta al Sole 24 Ore, le obiezioni elaborate a Via XX Settembre si concentrano anche su aspetti ordinamentali oltre che sulle singole misure di spesa oggetto di richieste di chiarimenti. In particolare, per quel che riguarda le Funzioni locali a essere finita sotto esame sembra la declinazione particolare dell'area delle «elevate qualificazioni». Questa quarta area, introdotta dal decreto Reclutamento (Dl 80/2021) con l'obiettivo di rafforzare le strutture tecniche delle Pa e di rappresentare un approdo potenziale per gli esperti chiamati per l'attuazione del Pnrr, sta assumendo una configurazione differenziata fra i comparti. Nelle Funzioni centrali e nella sanità nasce vuota, ed è destinata appunto a raccogliere nel tempo i profili professionali più qualificati attraverso le selezioni interne. Negli enti locali va invece nei fatti a sostituire il meccanismo attuale delle «posizioni organizzative», cioè degli incarichi aggiuntivi (a tempo) assegnati a una quota del personale con mansioni più complesse.

Al ministero dell'Economia si nutre dunque qualche dubbio sul fatto che un'impostazione di questo tipo risponda alle richieste della legge, anche se va detto che il contratto arriva dopo un atto di indirizzo che ha superato il vaglio della Funzione pubblica ed è stato oggetto di un fitto confronto con il comitato di settore. Le richieste

di chiarimenti coinvolgono poi alcune delle tante «sezioni speciali» che il contratto riserva alle professionalità specifiche in un mondo come quello degli enti locali che è largamente il più variegato all'interno della Pa.

Ora la risposta tocca all'Aran, che in parallelo è ancora impegnata nel confronto sulla sanità.

Al di là del merito, è da segnalare che il percorso dei nuovi contratti appare più tortuoso rispetto al passato.

In parte si tratta di un fatto fisiologico e forse inevitabile. Perché il rinnovo arriva dopo una pioggia di norme che sull'urgenza del Pnrr hanno rivisto molti aspetti cardine nell'organizzazione del pubblico impiego, affidandone l'attuazione proprio ai contratti. Resta il fatto, però, che il rinnovo arriva con un ritardo strutturale rispetto al triennio di riferimento, scaduto lo scorso anno: mentre la corsa dell'inflazione aumenta l'attesa degli effetti in busta paga e promette di complicare non poco lo stanziamento dei fondi per le intese 2022/24

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mancano i medici le regioni a caccia in Sudamerica Protesta l'Ordine

ROMA Le regioni a caccia disperata di medici: ora li cercano anche in Sudamerica, come avviene in Sicilia. La Calabria li aveva chiamati da Cuba.

Melina a pag. 15

Le Regioni senza medici: li cercano in Sudamerica

►La Calabria ha già iniziato ad assumere ►Sulla stessa linea Puglia e Sicilia
dottori cubani per riempire i posti vuoti ma insorgono l'Ordine e i sindacati

IL CASO

ROMA «Prima di assumere medici stranieri, meglio incentivare quelli italiani». La decisione di diverse Regioni di ricorrere a professionisti extracomunitari pur di riuscire a fornire i servizi di cura negli ospedali, i medici non l'hanno presa bene. La scelta del presidente della Calabria, Roberto Occhiuto di assumere 500 medici cubani tramite una società di servizi locali era suonata come un affronto. Nel frattempo, anche la Puglia stava già pensando di rivolgersi alla vicina Albania, mentre la Sicilia aveva ipotizzato di far ricorso a medici argentini. Del resto, la carenza di operatori sanitari italiani è nota. Secondo le stime di Anaa Assomed, l'associazione dei medici dirigenti, in particolare, al Sud ne servirebbero circa duemila per ogni Regione: in Puglia circa 2mila-2400 medici, in Calabria circa 2150, in Sicilia 2500-2800. Il 70 per cento nelle aree di emergenza, il resto in tutti gli altri reparti.

IL RICORSO

Di medici stranieri disponibili, in realtà, ce ne sarebbero. Se non fosse che gli stipendi non allettanti e il luogo di lavoro, spesso in aree lontane dai cen-

tri, ha convinto molti professionisti a disertare i bandi. E così, di fronte alle decisioni delle Regioni, i medici italiani hanno iniziato ad alzare la voce. Mentre la Cimo Fesmed ha fatto ricorso al Tar, l'Omceo di Palermo ha denunciato l'iter di assunzione degli stranieri che rischia di scavalcare «ogni regola ordinaria e straordinaria in tema di assunzioni in sanità». Il punto è che durante l'emergenza Covid, le regioni avevano ottenuto per legge la possibilità di ricorrere a personale medico anche straniero. Ma continuano a farlo anche ora. Il presidente della Fnomceo, la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, Filippo Anelli, ha deciso così di scrivere una nota al pre-

sidente della Repubblica Sergio Mattarella. La richiesta è chiara: «chiediamo di rivedere la normativa che è stata prorogata sino al 31 dicembre 2023 - spiega Anelli - che mette a rischio un sistema di controlli e di garanzia per la sicurezza delle cure e per la qualità dell'assistenza». In effetti, il rischio è che senza adeguate verifiche sulla formazione dei medici

stranieri, i pazienti potrebbero non ricevere cure e diagnosi adeguati. «I titoli di studio vanno rigorosamente verificati per poter esercitare la professione in Italia - prosegue Anelli - evitando il pericolo di sfociare nell'esercizio abusivo. Non dimentichiamo che la conoscenza adeguata della lingua italiana, nel campo dell'emergenza sanitaria, è di importanza fondamentale».

LA LETTERA

Per il momento, alla lettera della Fnomceo non ha ancora risposto nessuno. Ma le Regioni sembrano comunque aver cambiato idea, almeno in parte. «In Puglia l'ipotesi è stata paventata ma non si è più concretizzata - spiega il segretario dell'Anaa Assomed Pierino Di Silverio - in



Sicilia per il momento il bando è stato bloccato. In Calabria, i medici cubani individuati sono per ora solo 84». Eppure, per evitare di chiudere reparti o non usare macchinari diagnostici per mancanza di medici e infermieri di proposte ne sono sul campo diverse. «Bisognerebbe assegnare ai luoghi dove c'è più carenza di medici ma anche di infermieri, incentivi economici a punteggio - spiega Rocco Bellantone, preside della facoltà di Medicina e chirurgia dell'Università Cattolica di Roma - se vado a fare il primario in un posto dove i medici non vo-

gliono andare, devo avere assegnato un punteggio più alto». Il problema intanto resta, ed è drammatico. «Le Regioni hanno cominciato ad assumere attraverso cooperative - ricorda Di Silverio - questa soluzione costa di meno e il medico arriva a guadagnare di più».

Graziella Melina

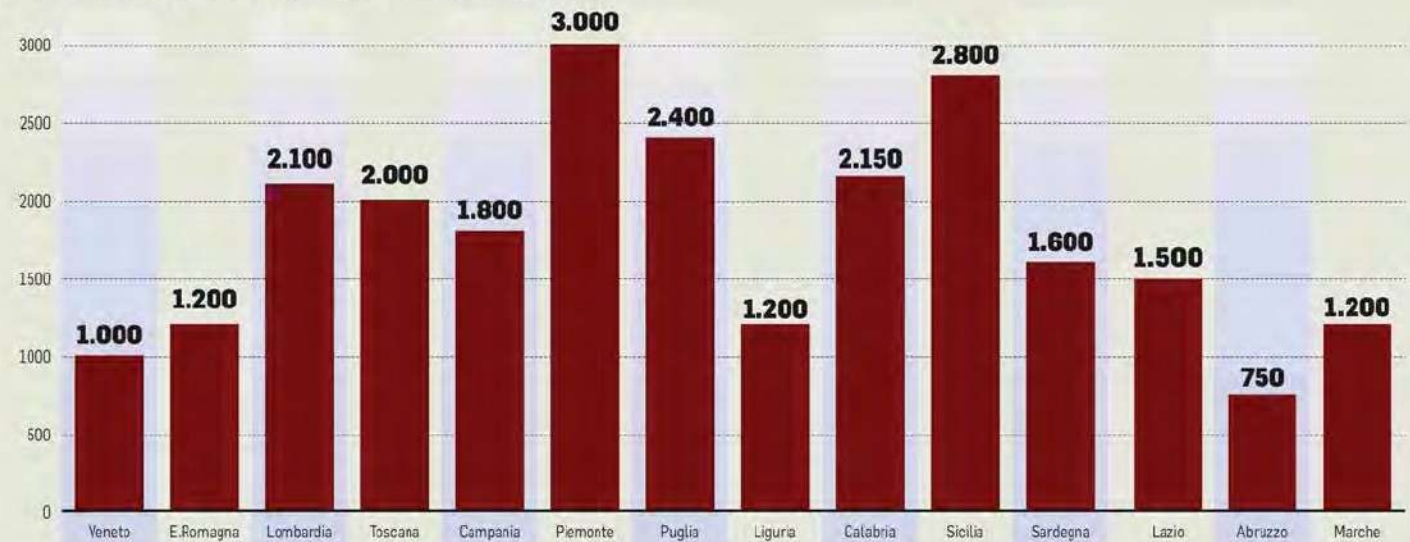
© RIPRODUZIONE RISERVATA

**GLI STIPENDI BASSI
PER DESTINAZIONI
IN AREE DISAGIATE
SCORAGGIANO
I PROFESSIONISTI
ITALIANI**

**IL RICORSO ALL'ESTERO
RESO POSSIBILE
DALLE NORME COVID
MA CI SONO RISCHI
SU FORMAZIONE
E TITOLI DI STUDIO**

Quanti medici mancano in Italia

Stima ammanco di medici regione per regione, anno 2022



*dati rielaborati da studio ANAEO 2019 aggiornati in base a pensionamenti e entrate ufficiali. Non tengono conto degli altri contratti e delle dimissioni
Dati dell'Anao Assomed

WITHUB



30 mila unità in meno rispetto a dieci anni fa

Ssn a forte rischio: la politica affronti la carenza di personale

■ Rispetto a 10 anni fa il Servizio sanitario nazionale registra 30 mila unità di personale in meno. Nonostante gli investimenti adottati durante la pandemia il Ssn ha ancora un estremo bisogno di risorse e riforme per fermare il suo declino. Per questo occorre incrementare il Fondo sanitario, affrontare la carenza di personale e di posti letto, riformare la governance del Ssn dando maggiore centralità al Ministero della Salute, riorganizzare l'assistenza ospedaliera con l'aggiornamento del Dm 70, recuperare delle liste d'attesa e valorizzare la Medicina Interna. Sono queste alcune delle richieste che le due società scientifiche della medicina interna Fadoi e Simi lanciano ai partiti in vista delle elezioni del 25 set-

tembre. Gli internisti ospedalieri sono circa 10 mila e sono presenti in tutti gli ospedali italiani. Parliamo di 1.478 strutture complesse di Medicina Interna tra pubblico e privato (di cui 360 reparti Covid), su un totale di 1004 ospedali. Dal totale storico dei quasi 30 mila posti letto di medicina interna, gli internisti sono arrivati a gestire, a causa del Covid, oltre 40 mila posti letto. Solo nel 2020, primo anno di pandemia, sono stati curati ben oltre 218 mila pazienti Covid, pari a un quarto del totale dei ricoveri in medicina interna e al 70% di tutti i ricoveri per Covid. Questo grande afflusso di pazienti Covid ha però provocato un calo dei ricoveri totali nei reparti. «In vista delle elezioni chiediamo ai partiti di affrontare seriamente il tema della sanità

che a parte qualche slogan o proposta fumosa è fuori dai radar del dibattito», affermano il presidente della Spedaliere Internisti Fadoi, Dario Manfellotto, presidente FADOI, e Giorgio Sesti, presidente SIMI.



LA SANITÀ PUBBLICA È IN PERICOLO DI VITA

DI IVAN CAVICCHI*



Il diritto alla salute, articolo 32 della Costituzione, la cosa più preziosa e più civile che abbiamo, è seriamente in pericolo.

La salute per la Costituzione è sia un diritto fondamentale dell'individuo che un interesse collettivo.

A metterlo in pericolo oggi più che mai c'è la grande questione irrisolta della sostenibilità cioè trovare il modo di far coesistere diritti e risorse senza aver bisogno di metterli in opposizione.

Di sostenibilità è morto, circa mezzo secolo fa, il sistema mutualistico crollato sotto il peso dei debiti e di sostenibilità rischia di morire l'attuale sistema pubblico universale e solidale.

In campagna elettorale nessuno dei partiti ha osato porre onestamente questo problema, eppure a causa della pandemia sono aumentati i costi complessivi del sistema, insieme alla crescita dell'inflazione, del debito pubblico, e al rischio di recessione. Tutti i partiti nessuno escluso, ma anche i sindacati, per la Sanità chiedono semplicemente più soldi come se fosse facile e scontato trovarli quando così non è.

In ragione di una fraintesa e sbagliata idea di sostenibilità la sinistra di governo quindi il Pd a partire dagli anni 90 ha messo in campo uno sconsiderato neoliberalismo cioè l'idea del tutto arbitraria che l'unico modo per rendere sostenibile la sanità pubblica fosse la sua aziendalizzazione e la sua privatizzazione.

Il Pd in testa con la scusa della sostenibilità ha pesantemente controriformato l'art. 32. Quattro le circostanze storiche da ricordare: 1) l'aziendalizzazione (1992) cioè il teorema che i diritti debbano essere subordinati alla disponibilità delle risorse; 2) le privatizzazioni della Bindi (1999) che scavalcando la sanità integrativa introdotta da De Lorenzo ammette l'intra moenia (i cittadini che possono pagarsi le prestazioni escono dalle liste di attesa) e la sanità sostitutiva (i cittadini che se lo possono permettere possono sostituire



la sanità pubblica con una sanità privata); 3) la controriforma costituzionale del titolo V voluta da D'Alema per arginare, alla fine degli anni 90, l'avanzata della Lega senza la quale oggi l'autono-

mia differenziata di Salvini sarebbe impossibile; 4) il jobs act di Renzi (2014) che a suon di agevolazioni fiscali pagate con le tasse dei cittadini ha cercato di americanizzare la sanità pubblica italiana (welfare on demand) spianando la strada ai fondi e alle mutue definite attraverso i contratti di lavoro, cioè ha opposto alla sanità pubblica il welfare aziendale.

Dulcis in fundo recentemente il Pnrr di Speranza cioè lo sfoggio del pensiero vuoto di una sinistra di governo che non è più né di sinistra e né di governo. Il niente nascosto dietro l'alibi della pandemia.

Con Speranza abbiamo buttato alle ortiche almeno 20 miliardi, ma senza risolvere una sola delle grandi contraddizioni strutturali e funzionali della Sanità pubblica riconducibili alla rogna della sostenibilità. Lasciando quindi gli ospedali ancora in balia di vecchie politiche di deospedalizzazione (Dm70 del 2015), lasciando insoluta la grande questione dei medici di medicina generale e delle cure primarie, (Dm71 del 2022) e il grande problema degli operatori la cui assunzione ancora oggi resta subordinata a superati tetti di spesa.

Il Pnrr con Speranza, alla fine, sul piano politico non è stato altro che una gigantesca auto-assoluzione di tutte le fesserie politiche fatte dal Pd in Sanità contro l'art. 32 in questi ultimi decenni.

Per la campagna elettorale in Sanità, con la pandemia che non sembra mollare resta quindi tutto come prima: nessun limite alla privatizzazione, via libera al welfare aziendale, autonomia differenziata, grande delega al privato sociale soprattutto per i soggetti più deboli (anziani, non auto-sufficienti, malati cronici).

La controriforma dell'art. 32 iniziata principalmente dalla Bindi e poi rafforzata con Renzi e mai ridiscussa dal Pd di Letta è quindi interamente confermata e ribadita.

Il paradosso oggi è che il Pd in sanità vuole come Salvini il regionalismo differenziato, ma è di fatto più neoliberista della destra, o almeno, sempre per restare nel paradosso il centrodestra se volesse risolvere alla vecchia maniera la questione della sostenibilità non dovrebbe fare altro che continuare a fare quello che fino ad ora ha fatto la sinistra. Cioè privatizzare.

Il paradosso a questo punto diventa un super paradosso al limite del crampo mentale: per salvare l'art 32 oggi, la destra se andasse al governo, soprattutto quella sociale, cioè quella che tradizionalmente coniuga giustizia, nazionalismo, comunitarismo e antiliberismo, dovrebbe opporsi alla

deriva neoliberista e secessionista del Pd e della Lega.

Un salto mortale davvero difficile da immaginare.

È noto che il centro destra sulla sanità oggi si presenta con intenzioni molto pericolose e contro-riformatrici (si pensi alla questione dell'autonomia differenziata).

Nel caso dovesse vincere la coalizione di centro destra il vero guaio per la sanità pubblica non è solo lo spasmodico desiderio della Lega di far saltare il Servizio Sanitario Nazionale o quello altrettanto morboso del Pd di privatizzare ancora di più il sistema, ma la più totale assenza di pensiero nei confronti della vera sfida che ripeto oggi più di ieri resta la sostenibilità. È evidente che per vincere questa sfida ci vorrebbe un progetto di riforma ma che nessuno ha. Né a destra né a sinistra.

Il Pd in una delle sue tante agorà elettorali (8 giugno 2022) ha negato che esista un problema di sostenibilità limitandosi a promettere alla Sanità semplicemente più soldi.

Italia Viva, quindi Renzi, per finanziare la Sanità propone di chiedere al Mes un prestito dunque di aggiungere al problema sempre più pesante degli scostamenti quello di un ulteriore indebitamento e senza cambiare di una virgola il sistema che c'è.

In sintesi oggi la situazione è la seguente: il sistema pubblico è sempre più regressivo, offre sempre di meno in ogni senso ma allo Stato costa sempre di più. La gente che vuole curarsi e che se lo può permettere è come costretta a ricorrere al privato. Nel pubblico resta il popolo degli sfigati. Si aggiunga il regionalismo differenziato della lega e del Pd. In queste condizioni è impossibile che l'art. 32 sopravviva. In sanità le immorali diseguaglianze tra regioni esploderanno e dispoticamente comanderanno le differenze di reddito.

La soluzione per salvare l'art. 32 ci sarebbe. Non è vero che la sanità è per forza insostenibile e che l'art. 32 è una utopia. Solo pochi anni con lungimiranza qualcuno prevedendo il peggio avanzò una proposta di "quarta riforma". Ma nessuno lo ascoltò.

La vera futura pandemia nel nostro paese è imminente causerà milioni di "morti bianche" soprattutto tra i bassi redditi e sarà politica perché dipenderà non da un virus ma dalla morte dell'art. 32. ■

** Filosofo della scienza,
docente all'Università Tor Vergata di Roma*

DESTRA E SINISTRA UNITE NEL TAGLIARE, PRIVATIZZARE E CHIEDERE L'AUTONOMIA DIFFERENZIATA



Nei programmi poca sanità privata

di Anna Messia

Lunghe liste d'attesa e la necessità, ove possibile, di ricorrere ai risparmi per curarsi in tempo utile. La pandemia ha avuto l'effetto di alzare l'attenzione sull'urgenza di investire sul sistema sanitario nazionale (dopo i tagli degli ultimi anni) colpito dall'emergenza sanitaria. Un tema che non poteva essere trascurato nei programmi elettorali in vista delle elezioni del 25 settembre anche se, passata la fase più acuta della pandemia, l'argomento sanità non sembra essere più in cima all'agenda politica. E non appare neppure molto chiaro quale sia l'impatto economico dei programmi presentati dalle varie forze politiche. Il Pd propone per esempio che il finanziamento al Fondo Sanitario Nazionale, non sia mai inferiore al 7% del pil. Mentre per Matteo Renzi e Carlo Calenda, il finanziamento al Servizio Sanitario Nazionale non deve scendere sotto la media europea, e va destinata una quota non inferiore al 3% del Fondo sanitario nazionale alla ricerca. Italia Viva e Azione propongono allo stesso tempo di riformare le competenze tra Stato e gli enti territoriali in tema di sanità, alla luce delle problematiche emerse durante la pandemia: nel caso le Regioni non siano in grado di garantire l'erogazione dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza, andrebbe riconosciuta allo Stato la possibilità di intervenire, suggeriscono. Per M5s bisogna assicurare la gestione diretta dello Stato nella sanità mentre i partiti del centro destra propongono di estendere le prestazioni medico sanitarie esenti da ticket. «Numerosi partiti», rilevano da Gimbe, l'associazione presieduta da Nino Cartabellotta, «affrontano lo spinoso problema delle liste d'attesa, che si sono ulteriormente allungate dai ritardi accumulati dalla pandemia, ma solo due definiscono criteri quantitativi». In particolare Azione-Italia Viva propone di ridurre entro un anno i tempi di attesa fino a un massimo di 60 giorni per le prestazioni programmate e di 30 per tutte le altre, mentre il Partito democratico si impegna a dimezzarli entro il 2027, ma non ci sono indicazioni sulle modalità o sui fondi stanziati a tale scopo. Ancora più in generale i partiti della coalizione di centrodestra propongono di ripristinare prestazioni ordinarie e procedure di screening rallentate dalla pandemia e di abbattere i tempi di attesa. «Nessun partito rileva che le difficoltà a recuperare le prestazioni ritardate a causa del-

la pandemia sono prevalentemente da imputare alla carenza di personale, nonostante lo stanziamento di quasi 1 miliardo e il piano di recupero delle liste di attesa già varato dal ministro delle Salute, Roberto Speranza», aggiungono però da Gimbe. Un tema, quello della carenza di personale sanitario, che appare piuttosto trascurato nei programmi elettorali e in verità anche dal Piano Nazionale di ripresa e resilienza che pure prevede lo stanziamento di quindici miliardi per le infrastrutture sanitarie ma non investe nulla sui professionisti. Il centro-destra parla genericamente di incremento di organico di medici e di operatori nazionali, oltre che del riordino delle scuole di specializzazioni, e il Pd di un piano straordinario per il personale sanitario. La Lega vorrebbe inoltre consentire agli infermieri di svolgere la libera professione mentre Noi moderati (NM) di Maurizio Lupi, propone l'eliminazione del numero chiuso per medici e infermieri, oltre all'aumento della retribuzione degli infermieri. Tema caro, quest'ultimo anche a Luigi Di Maio e il Terzo polo che parla di una rapida ascesa di carriera e di remunerazione adeguata al carico di lavoro e M5S che arriva a proporre, oltre all'aumento salariale, anche l'indipendenza dalla politica nella nomina dei dirigenti sanitari.

Riguardo invece un'eventuale partnership tra sanità pubblica e sanità privata nei programmi elettorali non sembra esserci spazio per quest'ultima. Unica eccezione sono Lupi, per il quale sarebbe necessario il coinvolgimento dei privati e del terzo settore nella sanità territoriale disegnata dal Piano Nazionale di Ripresa e resilienza, e Forza Italia che, molto genericamente, propone il bilanciamento tra sanità pubblica e privata. Ma per Avs di Angelo Bonelli e Nicola Fratoianni ci sarebbe al contrario bisogno di un'azienda pubblica per la creazione di farmaci oltre che di «abolire i vantaggi fiscali che ci sono stati fino ad oggi per la sottoscrizione di una polizza assicurativa sanitarie e per la partecipazione ai fondi sanitari integrativi». Anche se a oggi le uniche agevolazioni fiscali per le polizze sanitarie riguardano la detraibilità dei premi aventi per oggetto il rischio di non autosufficienza nel compimento degli atti della vita quotidiana (con il premio che non deve superare complessivamente i 1.291,14 euro) e i contributi versati ai fondi sanitari integrativi del Servizio sanitario nazionale (Ssn) sono deducibili dal reddito complessivo non oltre i 3.615,20 euro l'anno. (riproduzione riservata)



LA CARTA DEI PRINCIPI

«Pro Vita & Famiglia» e «Family Day»: partiti s'impegnino in difesa di nascite e vera cura

Vita, famiglia, libertà educativa. Principi «fondamentali» che, a seconda di come vengono declinati, diventano «indicatori di civiltà» di un Paese. Per questo, alla vigilia delle elezioni, le associazioni "Family Day" e "Pro Vita & Famiglia" hanno sottoposto ai partiti la Carta dei principi per richiamare leader e candidati alla necessità di rimettere al centro del dibattito nel nuovo Parlamento questi temi «urgenti e non più rinviabili». Inoltre, presentando ieri a Roma il documento i due portavoce delle associazioni, Massimo Gandolfini e Jacopo Coghe, hanno lanciato un appello agli italiani perché il 25 settembre si rechino alle urne. «L'astensione è un crimine contro il bene comune – ha ricordato Gandolfini –. Tutti coloro che intendono difendere e promuovere la vita, la famiglia e la libertà educativa hanno

il dovere di recarsi ai seggi. Non si può infatti sostenere candidati e partiti in contrasto con questi principi non negoziabili. Serve una rivoluzione culturale».

È dunque fondamentale – gli fa eco Jacopo Coghe – che nella prossima legislatura il Parlamento «discuta sì sul fine vita, ma su come alleviare la sofferenza; sì sulla cannabis, ma su come tutelare i giovani dalle dipendenze; sì sull'aborto e i diritti delle donne, ma su come sostenere e incentivare la maternità e la conciliazione tra famiglia e lavoro; sì sull'identità di genere, ma su come proteggere il diritto dei bambini a ricevere un'educazione che non metta in discussione la loro identità biologica».

Nel documento, infatti, si invita ad intervenire per contrastare il declino demografico tutelando la maternità, la paternità e i diritti dei na-

scituri, anche con l'istituzione di una "Giornata nazionale della vita nascente". Allo stesso tempo, si vede la necessità di eliminare qualsiasi condizione che obbliga o induce le donne ad abortire, con l'istituzione di un fondo ad hoc per aiutare le donne in condizioni disagiate. Sul fine vita, inoltre, si chiede ai futuri parlamentari di investire di più sulle cure palliative, garantire il diritto all'obiezione di coscienza e contrastare la diffusione e l'uso di droghe. Mentre sulla famiglia la Carta impegna i politici a promuovere quella formata da uomo e donna, ad agevolare la formazione di nuove famiglie e predisporre specifici benefici per quelle numerose.

Alessia Guerrieri



IL CONVEGNO NELL'AUDITORIUM DEL TEATRO CARLO FELICE

Tumore al polmone Diagnosi più precoci con screening mirati

Gli esperti oggi a Genova per sensibilizzare sulla prevenzione
«Con esami tempestivi oltre il 70% di probabilità di guarire»

Federico Mereta

Giorno dopo giorno. Per chi vive nelle aree inquinate respirare particolato fine, come il PM2.5, significa aumentare il rischio di avere una sorta di “propellente” per il tumore polmonare a piccole cellule (forma meno frequente, chiamata anche microcitoma) che ha una base genetica. A dimostrare questa realtà, chiarendo come l'inquinamento possa diventare da solo il promotore di un eventuale cancro delle vie respiratorie, è una ricerca presentata al Congresso Europeo della Società Europea di Oncologia Medica (Esmo) tenutosi a Parigi. Lo studio, coordinato da Charles Swanton del Francis Crick Institute e Ucl Hospitals di Londra, ha preso in esame circa mezzo milione di persone arrivando a mostrare come l'esposizione a concentrazioni crescenti di particolato fine (PM2.5) sia correlata ad un aumentato rischio di tumore del polmone a piccole cellule, in chi presenta un particolare corredo genetico, ovvero presenta il gene Egrf.

A prescindere dagli sviluppi della scienza che in questo caso si concentrano sui tumori a piccole cellule, più rari e meno legati al fumo, gli esperti con-

cordano su un argomento. Arrivare presto è fondamentale. Soprattutto in chi fuma, visto che in circa l'85% dei casi proprio la sigaretta è il fattore chiave per lo sviluppo di una malattia che oggi rappresenta una delle principali cause per tumore sia negli uomini che nelle donne. Purtroppo la maggior parte delle persone arriva alla diagnosi a volte anche per caso, magari perché il cancro viene identificato mediante indagini radiologiche effettuate per altri motivi. A lanciare il messaggio di una maggior attenzione alla diagnosi precoce anche attraverso screening mirati su chi è più a rischio, ovvero i fumatori, sono gli esperti che stasera alle 17 nell'Auditorium del Teatro Carlo Felice a Genova risponderanno alle domande del pubblico in occasione dell'incontro “Tumore del polmone: La diagnosi precoce e le cure di oggi e di domani”. Saranno presenti il direttore della Chirurgia toracica dell'Irccs San Martino di Genova Gian Luca Pariscenti, la direttrice della Pneumologia, Emanuela Barisione, il direttore generale del Policlinico Salvatore Giuffrida e Paolo Pronzato, coordinatore del Dipartimento interaziendale regionale Oncoematologia (DIAR). Quello al polmone è ancora oggi il tumore più letale in Italia e, con oltre 40.000 nuovi casi

annui, è uno dei più frequenti. Per prevenirlo basterebbe non fumare: nell'85% dei casi è dovuto al tabacco. Nella logica della diagnosi precoce, il Policlinico San Martino è centro di riferimento nazionale per un programma di screening gratuito attraverso un esame (Tac a basso dosaggio), che permette di anticipare la diagnosi di cancro al polmone e in futuro possa pensare di invertire il rapporto dei casi trovati in fase avanzata su quelli curabili. «Con lo screening, in più della metà dei pazienti il tumore polmonare può essere diagnosticato in fase iniziale, quando è curabile con un intervento semplice e risolutivo – dice Pariscenti. In questi casi, la probabilità di guarigione è superiore al 70%». Chi entrerà nello studio verrà sottoposto a controlli e ad una Tac spirale del torace a dosi ridotte (circa un ventesimo di una Tac del torace standard) ogni uno o due anni. Si tratta della Tac di ultima generazione e di recentissima acquisizione, con rapidissimi tempi d'esecuzione, massima qualità diagnostica senza mezzo di contrasto e bassissime do-



IL SECOLO XIX

si di radiazioni. «Saranno messi a disposizione dei partecipanti e programmati presso il Policlinico San Martino circa 20-30 esami di screening la settimana nella giornata di sabato – ricorda Pariscenti. Ciò che dovesse essere eventualmente riscontrato dall'esame sarà gestito secondo le linee guida dello screening per la diagnosi precoce del tumore polmonare, anche in accordo con il team multidisciplinare di esperti. Se saranno necessari ulteriori accertamenti, il volontario sarà tempestivamente contattato dal personale me-

dico della Pneumologia per i passaggi diagnostici successivi». In ultimo, una precisazione. Grazie allo screening, per chi partecipa e verrà chiamato, si può anche avere a disposizione un "counselling" mirato per aiutare chi fuma a dire addio alla sigaretta. Per i soggetti fumatori, che parteciperanno al programma, sarà proposto il collegamento con il centro antifumo per il trattamento del tabagismo più vicino al domicilio, per l'avvio di un percorso di disassuefazione al fumo gratuito. —

Lo studio del Policlinico San Martino di Genova

OBIETTIVO



La ricerca punta a reclutare in Italia (almeno 500 al San Martino di Genova)

circa 10.000 soggetti ad alto rischio di sviluppare un tumore del polmone.

L'inizio dello studio è previsto a ottobre 2022.

Durante gli anni successivi, tutti i soggetti che parteciperanno, eseguiranno il controllo annuale o biennale, per completare il follow-up

Chi può partecipare

Presso il **Policlinico San Martino di Genova** l'invito a partecipare è rivolto alle persone con le seguenti caratteristiche:

- **età compresa tra 55 e 75 anni**
- **forti fumatori** (almeno 20 sigarette al giorno per 30 anni oppure 40 sigarette al giorno per 15 anni) **o ex forti fumatori che abbiano smesso da meno di 15 anni**
- **che non abbiano tumori da almeno 5 anni**

COME CI SI ISCRIVE?

La partecipazione è **totalmente gratuita**.

È sufficiente registrarsi sul sito www.programmarisp.it e compilare l'apposito **questionario** con il consenso al trattamento dei dati personali e selezionare il centro di riferimento. I volontari compatibili verranno contattati telefonicamente per la programmazione degli esami.

In alternativa è possibile **contattare il Reparto di Chirurgia Toracica dell'Ospedale Policlinico San Martino** chiamando la segreteria al numero **010/555 5890** (dal lunedì al venerdì, dalle 9 alle 12) o scrivendo alla mail:

chirurgia.toracica@hsanmartino.it

L'EGO - HUB



IL LIBRO

IL GUSTO DI NUTRIRSI CON IL CIBO BUONO

ANTONELLA VIOLA

L'ambiente è ricco di forme di vita che possono mettere in pericolo la nostra

salute: virus, batteri, funghi e parassiti sono da sempre una minaccia. - PAGINA 26



L'ANTICIPAZIONE

Noi mangiati dal cibo

È sempre più evidente il legame tra alimentazione e forza o debolezza del sistema immunitario: il nostro organismo si trova in un equilibrio costantemente fragile

ANTONELLA VIOLA



L'ambiente in cui viviamo è ricco di forme di vita che possono mettere in pericolo la nostra salute:

virus, batteri, funghi e parassiti sono da sempre una minaccia per il nostro corpo, che si difende grazie a una serie di molecole, cellule e tessuti.

Il sistema immunitario ha appunto lo scopo di individuare la presenza di microbi pericolosi e di reagire per eliminarli. In realtà, oltre a riconoscere potenziali nemici, sorveglia il nostro corpo e si attiva anche in risposta a un danno o alla perdita di quell'equilibrio

che normalmente gli consente di ignorare ciò che non è pericoloso e di rispondere prontamente a una minaccia.

Il legame tra immunità e alimentazione è molto comples-



so. Da molto tempo sappiamo che una carenza di calorie e nutrienti, come accade nelle persone denutrite, causa un forte indebolimento del sistema immunitario, che non riesce quindi a combattere infezioni anche banali. D'altro canto, anche una dieta squilibrata o troppo ricca di calorie altera il sistema immunitario. Nell'obesità, per esempio, le cellule dei depositi adiposi producono molecole, le adipochine, in grado di modificare l'attività del sistema immunitario. Come conseguenza si avrà un calo delle difese contro le infezioni e un aumento dell'infiammazione a carico di tutto il corpo.

Quando si verifica un danno in qualche parte del nostro corpo, si liberano delle molecole che attivano un cambiamento a livello dei vasi sanguigni del microcircolo (i piccoli vasi che uniscono le arterie alle vene, il luogo dove avvengono gli scambi di gas, nutrienti, ormoni e altri soluti). Lo scopo di questo cambiamento è far arrivare nel tessuto danneggiato le molecole e le cellule dell'immunità, per eliminare la causa del danno e iniziare il processo di guarigione. L'infiammazione è quindi una normale risposta del nostro corpo e ha una funzione protettiva. Tuttavia, quando è intensa o protratta nel tempo, essa stessa diventa causa di danno ai nostri organi. L'infiammazione acuta ed eccessiva può impedire lo svolgimento delle normali funzioni, come accade per esempio nei polmo-

ni dei pazienti affetti da Covid-19 severo, mentre quella silente e cronica favorisce lo sviluppo di malattie metaboliche o di tumori.

Il cibo ha un ruolo essenziale nel proteggerci dall'infiammazione o, al contrario, nel favorirla. Mangiare bene è quindi la prima forma di prevenzione: serve a tutelare il buon funzionamento del sistema immunitario.

Nel nostro intestino vivono trilioni di microrganismi. In realtà i microbi sono presenti in varie parti del nostro corpo, come sulla pelle o nei polmoni, ma la popolazione microbica dell'intestino, detta anche microbiota intestinale, è non solo la più studiata in relazione al sistema immunitario e al nostro stato di salute, ma anche quella che è direttamente legata alla nostra alimentazione.

Il legame è bidirezionale. I batteri presenti nell'intestino svolgono delle funzioni fondamentali tra cui la produzione di vitamine, la stimolazione della digestione e dell'assorbimento degli alimenti, la regolazione della permeabilità della barriera intestinale (quella barriera costituita da cellule epiteliali che riveste l'intestino e permette di separare l'ambiente esterno, dove transita il cibo, da quello interno, dove viene assorbito ciò che è utile). Inoltre, come vedremo con maggiore dettaglio, i microbi stimolano il sistema immunitario, allenandolo nel modo giusto, inibendolo o, al contrario, eccitandolo eccessivamente.

D'altro canto, però, è anche

vero che i microbi si nutrono di ciò che noi mangiamo, in una relazione di dipendenza e utilità reciproca. Sarà il tipo di cibo con cui li (e ci) nutriamo che determinerà il prevalere di un tipo di microrganismi su un altro. Se mangeremo molte fibre, nutriremo e faremo moltiplicare i batteri che si nutrono di fibre. Al contrario, se mangiamo molti zuccheri semplici, selezioneremo un microbiota affamato di zucchero, che ce ne chiederà sempre di più.

Il nostro microbioma è diverso da quello di ogni altra persona. Esso prende forma durante i primi anni della nostra vita e cambia continuamente a seconda del nostro stile di vita, dell'ambiente in cui viviamo, dei farmaci che assumiamo e di ciò che mangiamo.

La maggior parte degli scienziati ritiene che la prima esposizione ai microbi si verifichi durante il parto e subito dopo la nascita, e che sia principalmente plasmata dal microbiota materno. La modalità del parto è il primo evento che plasma la composizione del microbiota del neonato. I bambini nati tramite taglio cesareo sono colonizzati più frequentemente da specie batteriche quali *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Clostridium* e meno da *Bifidobacterium* e *Bacteroides* rispetto a quelli nati per via vaginale. Le prime interazioni che si instaurano in questo periodo tra i microbi e le mucose intestinali del bambino sono determinanti per lo sviluppo completo e corretto del suo sistema immunitario e alcuni ricercatori pensano che le diffe-

renze nella colonizzazione possano spiegare l'aumento del rischio di asma e malattie allergiche nei bambini nati con il cesareo. Ma la vera colonizzazione arriva con l'ingestione del latte, soprattutto se il neonato è allattato al seno materno. L'allattamento, insieme ai nutrienti essenziali per la crescita del bambino, fornisce anche microbi e sostanze che stimolano il microbiota del neonato. Ogni millilitro di latte materno contiene migliaia (da 102 a 104) di microbi vivi. *Lactobacillus*, *Staphylococcus*, *Enterococcus* e *Bifidobacterium* vengono infatti direttamente trasferiti con l'allattamento. Inoltre, gli oligosaccaridi presenti nel latte materno sono dei fenomenali prebiotici che nutrono i microrganismi dell'intestino. I bambini allattati al seno hanno infatti una composizione microbica diversa rispetto a quelli nutriti con latte artificiale. È quindi sin dal primo pasto che iniziamo a plasmare il nostro microbiota e il nostro sistema immunitario.—

Stato di salute e microrganismi dell'intestino sono in stretta relazione. Imparare a nutrirci in modo corretto è la prima forma di prevenzione



SORGERÀ A ROMA, IN COLLABORAZIONE CON LA «THOMAS JEFFERSON» DI FILADELFIA

Neuroscienze, un centro firmato Università Cattolica

GIUSEPPE PASTORE

Il futuro delle neuroscienze passerà anche da Roma. La città ospiterà, infatti, un polo internazionale di ricerca neuroscientifica: settore cruciale nelle sfide che attendono la medicina per il trattamento delle malattie neurologiche che, oltre a rappresentare la principale causa di sviluppo di disabilità, sono anche la seconda causa di morte al mondo. Tanto che, con particolare riguardo alle demenze, sono state considerate prioritarie dal G20 dei ministri della Salute riunitisi a Roma un anno fa. La struttura si snoderà su sei

piani e sarà realizzata, nell'arco dei prossimi due anni, di fronte al Policlinico Gemelli. La prima pietra del *Brain Center "Vickie and Jack Farber Institute for Neuroscience"* (il nome del centro prende il nome della famiglia Farber che ha finanziato il progetto) è stata posata simbolicamente giovedì 15 settembre quando, proprio negli spazi del Policlinico universitario, è stato firmato l'accordo per la costituzione della società benefit *"Cattolica TJU Research"* siglato dal rettore dell'Università Cattolica Franco Anelli e dalla direttrice della *Thomas Jefferson University* di Filadelfia Kathy Gallagher.

La società, nata dalla sinergia tra i due Atenei, collaborerà direttamente con Università, enti e istituzioni nazionali e in-

ternazionali per offrire consulenza scientifica per l'utilizzo di nuove attrezzature cliniche. Tra le attività della *"Cattolica TJU Research"*, inoltre, ci sarà anche lo sviluppo e la realizzazione di nuove tecnologie per l'acquisizione e la successiva elaborazione di dati neurofisiologici nell'uomo e nell'animale.

Presso il Brain center di Roma, struttura "gemella" di quella già realizzata a Filadelfia, si svolgerà un'intensa attività di ricerca traslazionale e clinica sulle più importanti malattie di interesse neuropsichiatrico e si porteranno avanti trattamenti all'avanguardia destinati a diverse patologie tra cui anche i tumori cerebrali. Il polo della ricerca neurologica, oltre ai laboratori, ospiterà anche spazi

dedicati alla radioterapia, al day hospital, ad ambulatori e stanze per il trattamento di neurologia e neurochirurgia. Al *Brain center*, inoltre, sarà donato un *Cyberknife*, un innovativo sistema robotizzato di radiocirurgia, grazie ai finanziatori del progetto Ellen Farber e Bill Farber, entrambi presenti alla firma dell'accordo e alla posa della prima pietra del centro di ricerca insieme alle delegazioni di entrambi gli Atenei universitari.

I due atenei hanno siglato un accordo per costituire una società benefit di ricerca neuroscientifica. La struttura d'eccellenza sarà costruita in due anni di fronte al Policlinico Gemelli



I protagonisti del progetto



FARMACEUTICA, IL POLO RESISTE RISORSE IN ARRIVO MA È ALLARME COSTI

Il rincaro dell'energia e la difficoltà a reperire i principi attivi preoccupa i grandi gruppi che hanno sede nel polo scientifico di Catania. Ma le multinazionali continuano a investire: da Zoetis a Sifi.

E anche Pfizer, dopo l'accordo coi sindacati

di **Barbara Millucci**

Il rincaro esorbitante dell'energia, rispetto ai livelli di un anno fa, mette in difficoltà le imprese farmaceutiche siciliane altamente energivore. Accade anche alle pendici dell'Etna, dove sorge un polo farmaceutico di primo livello, trainato da eccellenze mondiali come la svizzera Pfizer, l'italiana Sifi, Cosmo Pharmaceuticals, LJ Pharma e molte altre. La presenza farmaceutica in Sicilia si concentra appunto nella provincia di Catania, che risulta fra le prime in Italia per incidenza degli addetti sia sul totale dell'occupazione farmaceutica del Paese che sul totale dell'occupazione manifatturiera della provincia. Anche l'export di medicinali e farmaci riveste un peso importante rispetto al totale manifatturiero della provincia: circa il 20% di tutte le esportazioni della città di Catania riguardano proprio il settore del pharma.

Allargando lo sguardo, la Sicilia risulta la seconda regione del Mezzogiorno per presenza farmaceutica, sia con stabilimenti produttivi che con attività più legate alla ricerca e sviluppo. Gli addetti diretti sono cir-

ca 1.500 persone, oltre 1.900 lavorano nell'indotto.

Oggi tutte queste aziende devono fare i conti con gli elevati costi dell'energia. «L'80% delle imprese della farmaceutica in Italia stanno trovando difficoltà nel reperimento di materiali, imballaggi, manutenzioni, fiale, packaging, che sono cresciuti in media del 40% rispetto allo scorso anno, mentre i prezzi alla produzione sono aumentati del 43% nel totale dell'industria. Inoltre i prezzi dei medicinali sono negoziati con Aifa e noi non possiamo aumentarne il costo — dichiara Marcello Cattani, presidente di Farminindustria —. È importante che vengano garantiti gli approvvigionamenti, anche per le multinazionali presenti in Sicilia, perché molte delle nostre produzioni sono a ciclo continuo e non possono essere interrotte da eventuali razionamenti dell'energia. Pensiamo alle disinfezioni delle strumentazio-



L'ECONOMIA

ni».

A tutto questo si sommano anche le difficoltà nel reperire i principi attivi, necessari per fabbricare aspirine, creme, medicinali. «L'80% di principi attivi che importiamo da Cina e India dovremmo progressivamente iniziarli a produrre noi. Alla politica chiediamo incentivi per la ricollocazione in Italia della produzione di ingredienti attivi, che oggi con la svalutazione dell'euro dobbiamo acquistare in dollari. Siamo un settore industriale delicato, come tutti quelli in cui c'è un alto investimento in ricerca e sviluppo, con produzioni ad alto valore aggiunto e dipendenti qualificati».

Farindustria con le altre associazioni di categoria (Egualia – Assoram – ADF – Federfarma Servizi – Federfarma – Assofarm) ha quindi lanciato un'allarme sulla insostenibilità dei costi derivanti dalla drammatica crisi energetica che sta seriamente mettendo a rischio le forniture dell'intera filiera della salute. Le associazioni chiedono che la filiera sia considerata, come avvenuto durante la pandemia, comparto essenziale al quale as-

sicurare continuità e sostenibilità della fornitura di gas, energia elettrica e carburanti per il trasporto, assumendo l'adozione di misure in tal senso tra le priorità dell'agenda politica e di governo. Solo in questo modo sarà possibile garantire le cure ai cittadini, evitando rischi di carenza di terapie in Italia e all'estero.

Le operazioni

Tra le aziende che recentemente hanno deciso di investire in Sicilia ci sono Zoetis e Pharmap. La prima, colosso americano leader nel settore della farmaceutica veterinaria ha di recente investito 60 milioni nello stabilimento di Catania per potenziare la capacità produttiva di un farmaco per il trattamento di parassiti.

Pharmap, invece, basata a Palermo, è un *home delivery* di medicine in forte espansione, in cerca di personale. Consente di ricevere in 60 minuti qualsiasi prodotto della farmacia, anche medicinali con obbligo di prescrizione. In centro a Palermo, in un open space di oltre 500 metri quadrati, lavorano una cinquantina di under 40, due terzi sono «south worker», o siciliani che hanno scelto

di trasferirsi o di rimpatriare in Sicilia.

E se a Catania Pfizer, dopo aver chiuso una vertenza coi sindacati per evitare 130 licenziamenti, ha stanziato 27 milioni di euro entro il 2024 per modernizzare il sito e innovarlo con nuove produzioni, Sifi, azienda leader nel settore oftalmico, specializzata nella cura degli occhi dal 1935, ha progettato, nei suoi stabilimenti ad Aci S. Antonio, una tecnologia all'avanguardia in grado di offrire una grande flessibilità di formati e formulazioni, soddisfacendo i pazienti sottoposti a terapie croniche. L'azienda, che sviluppa, produce e commercializza soluzioni terapeutiche innovative per pazienti con patologie oftalmiche, nel 2021 ha fatturato circa 73 milioni di euro, più 38% rispetto al 2020 e, su 334 dipendenti in Italia, 276 sono proprio impiegati nell'isola.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il volto
Marcello Cattani,
presidente di
Farindustria.
La Sicilia è la
seconda regione
del Sud per
presenza farmaceutica

Pharmap, basata a Palermo, è un home delivery di medicinali in forte espansione: è in cerca di personale



Ospedali affollati da anziani soli

Le Rsa senza posti

Molte persone in età avanzata potrebbero essere dimesse ma non hanno chi le assiste

di **Margherita De Bac**

Lunedì 12 settembre, alle 11 circa di mattina, nei 18 Pronto soccorso del Lazio 413 pazienti erano in attesa del ricovero in reparto. Siamo entrati a quell'ora al Policlinico Casilino, diretto da Adolfo Pagnanelli, il primo in Regione per numero di accessi, dove ad aspettare di «salire ai piani superiori» erano in 20, la maggior parte da meno un giorno, nessuno in codice rosso, quello identificativo delle patologie più gravi che trovano immediata soluzione in quanto

non differibili. Un lunedì molto più tranquillo del solito, lo descrive chi lo vive tutto l'anno. I letti del *boarding* sono occupati soprattutto da grandi anziani con malattie legate alla vecchiaia. Spesso non hanno un familiare ad accudirli, quindi non possono essere rinviiati a casa. Dovrebbero trovare sistemazione in strutture intermedie (lungodegenza, hospice, residenze sanitarie), anche qui difficile trovare un buco.

continua alle pagine 2 e 3

Il problema dei malati su barelle e lettighe in attesa di un posto in corsia
I tanti anziani (spesso soli) che non trovano un letto in lungodegenze e Rsa

Pronto soccorso affollati e ricoveri troppo lunghi

SEGUE DALLA PRIMA

Oppure c'è il miraggio dell'assistenza domiciliare. Rimarranno in un letto per acuti. La solitudine, l'indigenza, le precarie condizioni di salute della popolazione molto in là con gli anni sono già una malattia di carattere sociale cui deve far fronte il servizio sanitario.

La legge

La fotografia scattata a inizio settimana di un'assoluta mattina di settembre in un grande centro romano non è la normalità, le attese si moltiplicano, come ha raccontato al Corriere

il dottor Paolo Daniele, ex primario del Dipartimento emergenza urgenza a Colleferro, ora tornato al Pertini. Per continuare l'analisi dei problemi, ignorati dalla politica, che ingolfano il più critico dei luoghi critici siamo andati oltre quella porta immaginaria che separa i Dea (dipartimenti di emergenza) dal resto dell'universo ospedaliero. Cercheremo di rispondere a una domanda. Perché una volta visitati dai medici di pronto soccorso e destinati al ricovero in centinaia aspettano? La ridotta disponibilità di posti è solo una delle spiega-

zioni. Per la legge regionale del 2017, che ha ridefinito il rapporto letti-abitanti in base a un decreto del 2015, devono essere 3,7 ogni 1.000 abitanti, di cui 0,7% di riabilitazione, gli altri per acuti. Nel 2018 (dati ministero della Salute) erano scesi a 2,84 con profonde differenze tra Roma e le Province. La percentuale nazionale è una delle più basse d'Europa.



I numeri

Nel Lazio prima della pandemia, nel 2019, i letti erano in tutto 17.736, la metà circa del settore dei privati-accreditati. Non sono noti i risultati di una ricognizione dei posti realmente disponibili richiesta dal ministero della Salute alle Regioni. La mancanza di dati aggiornati è una delle caratteristiche della sanità nazionale specie da quando la gestione è appannaggio delle Regioni. È molto probabile che quegli oltre 17.700 posti siano presenti solo sulla carta e che una consistente percentuale sia chiusa per carenza di personale o lavori in corso.

La degenza media

Il problema non risiede tanto nel numero quanto nel «rendimento» di ciascun posto letto. Nei reparti di medicina la degenza media in giorni è stabilita in 9,9. Osserviamo invece che se al Gemelli è 8,1 (ma solo il 60% dei pazienti proviene dal pronto soccorso e parliamo di una struttura di oltre 1.300 letti), all'Umberto primo un paziente viene dimesso in media dopo 13,8 giorni ma l'88,6% proviene dal pronto soccorso del policlinico universitario. San Camillo, degenza 9,8 (95% dal pronto soccorso); Casilino

8,2; San Giovanni 11,4; Sant'Andrea 15,3; Policlinico di Tor Vergata 14,9 per citarne qualcuno. La media regionale è 10,3 su 682mila 729 giorni di degenza nel 2019. Come si deduce il turn over è lento e questo spiega perché sotto, al pronto soccorso, ci sono tante persone in *boarding*.

Le dimissioni difficili

Serena Fiore, presidente di Fadoi Lazio (Federazione associazioni dirigenti ospedalieri internisti) parla in generale: «Noi attiviamo tutti i meccanismi possibili per poter dimettere. E lo facciamo in modo precoce cercando di prevedere al momento dell'ingresso in reparto quale tipo di soluzione alternativa può essere trovata, tenendo conto del contesto familiare e sociale di ogni persona. Però la richiesta è talmente alta che non viene assorbita ed è frequente purtroppo che pazienti cronici stazionino in posti letti per acuti». Per facilitare il ricambio si ricorre anche alle dimissioni protette: il malato può tornare a casa, se possibile, e gli accertamenti per definire la diagnosi o i controlli ambulatoriali vengono programmati nei giorni successivi. In teoria il 10% dei letti in medicina dovrebbe essere lasciato a disposizione delle richieste dal pronto soccorso, nella realtà quotidianamente si

registra il tutto esaurito. Ex primario della medicina delle Figlie di San Camillo-Vannini, Claudio Santini (video su roma.corriere.it) sta per passare in un altro ospedale ed è l'unico a raccontare, mentre tanti suoi colleghi si sottraggono in quanto legati all'autorizzazione delle aziende di appartenenza, poco favorevoli a rischiare brutte figure: «Non mi illudo di trovare una situazione differente. In 30 anni di professione non avevo mai vissuto esperienze come queste e il Covid non c'entra».

Senza casa

E nelle chirurgie? Il quadro non è molto diverso neppure se si osserva cosa succede nei centri ad alta specializzazione. Giuseppe Ettore è a capo del dipartimento interaziendale di chirurgia San Camillo-Spallanzani. Per esemplificare racconta un episodio recente. Un uomo di 30 anni con epatite fulminante dovuta all'ingestione di funghi velenosi, l'amanite falloide. Ha avuto un trapianto di fegato, una volta stabilizzato e dichiarato trasferibile non è stato possibile dimmetterlo. Il paziente è senza casa. Sono state contattate le comunità di Sant'Egidio e altre due in provincia di Roma che siano in grado di accoglierlo e garantire che si sottoponga ai controlli periodici. Ancora nessuna so-

luzione.

E il posto letto resta occupato così come quelli che non possono essere lasciati da malati provenienti da fuori Regione, soprattutto dal sud. Anche loro potrebbero andar via purché restino a Roma per effettuare controlli post dimissione. «Casi di dimissioni complicate attualmente al San Camillo sono almeno due - ammette Ettore - In pratica diamo una risposta non solo inadeguata per i pazienti, costretti ai ritmi e alla "qualità" della vita in ospedale, ma estremamente costosa per i contribuenti, almeno 600 euro al giorno».

Alcuni nosocomi dispongono della chirurgia d'urgenza però i malati più complessi vanno inquadrati nelle chirurgie generali dove non c'è posto per il trasferimento. Prima che si liberi passano anche tre giorni e il limbo è il parcheggio assistito al pronto soccorso dove i medici, oltre ai nuovi arrivi, devono gestire in affanno coloro che non dovrebbero trovarsi lì.

Margherita De Bac

mdebac@rcs.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sulla carta

In teoria il 10% dei letti a Medicina dovrebbe restare a disposizione per le emergenze

La richiesta è talmente alta che è frequente che pazienti cronici stazionino in posti letto per acuti

Serena Fiore
(Fadoi Lazio)

I centri

Il quadro non cambia neppure se si osserva cosa succede nei centri ad alta specializzazione

Così la risposta è inadeguata per i pazienti e molto costosa per i contribuenti, 600 euro al giorno

Giuseppe Ettore
(San Camillo)

Lunedì scorso, alle 11, nei 18 Dea del Lazio 413 pazienti aspettavano di «salire ai piani superiori» Venti erano al Policlinico Casilino, primo per accessi

