



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

18 SETTEMBRE 2023

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

LIVESICILIA

Iniziata la settimana per la donazione del midollo osseo e cellule staminali

PALERMO – È partita "Match it now", l'ottava edizione della settimana nazionale per la donazione di midollo osseo e cellule staminali emopoietiche in concomitanza con il "World MarrowDonorDay" istituito dal WMDA.

La Settimana "Match it Now" è promossa dal Centro Nazionale Trapianti, dal Centro Nazionale Sangue, dal Registro IBMDR, dal GITMO e dalle Associazioni ADMO e ADOCES, con il supporto di ADISCO.

In Sicilia le Associazioni di volontariato insieme a tutta la rete di professionisti presenti nel territorio, saranno presenti per accogliere e guidare i donatori per essere reclutati.

“La Rete Regionale IBMDR (Registro Regionale, Centri Donatore, Poli di Reclutamento, Centri Prelievo, Centri Trapianto) ed Associazioni presenti nel territorio (ADMO, ADOCES, AVIS) – spiega il dottore Giorgio Battaglia, coordinatore del CRT Sicilia – sono di fondamentale importanza per promuovere al meglio questa settimana dedicata alla donazione del midollo. Ci stiamo impegnando il più possibile per aumentare il numero dei giovani donatori, tra i 18 e i 36 anni non compiuti. Tutte le iniziative che verranno messe in campo serviranno per migliorare il nostro sistema organizzativo. Abbiamo il pieno appoggio dell'Assessorato Regionale alla Salute e il supporto delle associazioni che stanno facendo un buon lavoro. Una governance che funziona crea un ponte con i professionisti del settore e di conseguenza diventa garanzia per i cittadini“.

Il Registro Regionale/CRT Sicilia sarà al fianco della Rete Regionale IBMDR; e per tutti quei candidati donatori che vorranno ricevere tutte le informazioni, potranno contattare il CRT Sicilia sui social network Facebook (CRT Sicilia), Twitter (CRT Sicilia @SiciliaCrt) e la nuova pagina Instagram (crt_sicilia), oppure alla casella di posta elettronica: registromidollo@crt Sicilia.it



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Asp di Trapani, ecco l'iter diagnostico e terapeutico per asma grave e poliposi

Il PTA di Trapani e l'ospedale S. Antonio gestiscono ormai più di 200 pazienti respiratori cronici in terapia biologica.

18 Settembre 2023 - di [Redazione](#)

È ormai consolidato il concreto ed efficiente percorso diagnostico-terapeutico **Territorio-Ospedale** che conduce i pazienti della ASP di **Trapani** a beneficiare della più moderna terapie medica con anticorpi **monoclonali**, anche in auto-somministrazione domiciliare mediante semplici penne pre-riempite, evitando lunghe terapie con cortisone o l'intervento chirurgico.

L'asma grave e la poliposi nasale sono patologie invalidanti che limitano soggetti ancora giovani e impegnati in attività produttive, e lo fanno ogni giorno e per tutto il giorno, con pesanti risvolti anche sulla qualità della vita.

Poter usufruire di un iter diagnostico più veloce e snello, spostandosi da una struttura all'altra senza disagi, per gli esami diagnostici e poi per la prescrizione e la somministrazione della terapia biologica, è un grande conquista per questi pazienti e un bel traguardo per la sanità pubblica.

Serviti da un comune parcheggio auto e divisi soltanto da una strada, **il PTA di Trapani e l'Ospedale S. Antonio** gestiscono ormai più di **200 pazienti respiratori cronici** in terapia biologica e quotidianamente collaborano per ridurre i disagi di una diagnosi specialistica di III livello. Infatti l'indicazione alla terapia biologica prevede una accurata diagnosi in grado di soddisfare tutti i requisiti ed i parametri necessari per la rigida ed inconfutabile prescrizione del farmaco.

Al PTA "Cittadella della Salute" di Trapani, afferiscono i soggetti inviati della rete dei MMG e dei Pediatri che giungono all'attenzione del dott. **Giuseppe Di Marco**, pneumologo e responsabile per la branca di Pneumologia dell'ASP di Trapani e della dott.ssa **Paola Giglia** specialista ORL per eseguire le visite specialistiche e gli esami necessari alla diagnosi: spirometria, emogasanalisi, prove allergiche, misurazione del FeNO e la laringo-fibroscopia. Al presidio ospedaliero S. Antonio prestano la loro opera professionale anche gli specialisti dott. **Eugenio Serraino** e dott.ssa **Daniela Sciandra** c/o UOC di ORL che si occupano della diagnostica invasiva e della eventuale trattamento chirurgico della Poliposi nasale e di tutte le altre malattie delle alte vie aeree.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Inoltre in ospedale il paziente può eseguire altri esami necessari alla diagnosi come quelli **radiologici** (TAC), **ematologici** (IgE specifiche per allergeni molecolari) e la **citologia** nasale e bronchiale.

Per i pazienti che devono essere seguiti periodicamente e per i quali è necessaria la somministrazione in struttura, l'ambulatorio di **Pneumologia** del PTA prevede slot dedicati a fine mattina e nelle ore pomeridiane per agevolare l'aderenza alla terapia, garantire un rapporto di fiducia e di continuità con il medico, e permettere al paziente di apprezzarne i benefici e sentirsi rassicurato.

Di questi argomenti e degli aspetti organizzativi si parlerà a Trapani, nell'Aula Magna del polo universitario sabato 4 novembre in occasione del **13° congresso di Pneumologia** del Territorio Elimo. Interverranno ai lavori esperti, ricercatori e medici di fama nazionale che operano in Sicilia. Affronteranno non solo temi di aggiornamento scientifico, ma anche quelli legati all'innovazione e al perfezionamento delle procedure diagnostiche e delle terapie specifiche, per giungere alla migliore gestione dei pazienti affetti da malattie respiratorie croniche ad alto impatto.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità.it**

Creati i primi embrioni umani sintetici con cellule staminali. Il dibattito è aperto

di Carlo Sbiroli

I biologi dello sviluppo sono riusciti ad assemblare in vitro embrioni sintetici con cellule staminali umane senza utilizzare ovuli e spermatozoi. Un ampio dibattito nel mondo scientifico, che coinvolge ricercatori, legislatori, esperti di etica e la comunità in generale, si concentra su questo preciso punto: come procedere in modo responsabile? La chiave risiederà in un dialogo aperto e collaborativo



18 SET - Non hanno un cuore pulsante o un abbozzo di cervello, ma gli embrioni umani sintetici rivestono un ruolo fondamentale nello studio dello sviluppo embrionale post-impianto, un terreno finora in gran parte inesplorato. Questi embrioni, creati in laboratorio, offrono ai biologi dello sviluppo l'opportunità unica di esaminare la complessità dei processi cellulari e molecolari che avvengono in questa fase cruciale della vita. I clinici hanno ora la possibilità di capire meglio le cause che sono alla base dell'infertilità, i fallimenti di molte gravidanze e di chiarire l'origine di numerose patologie genetiche.

Questo straordinario risultato è stato annunciato il 14 giugno scorso dalla biologa Magdalena Žernicka-Goetz dell'Università di Cambridge e del California Institute of Technology (CALTECH) durante l'incontro annuale dell'International Society for Stem Cell Research (ISSCR) a Boston. Pochi giorni dopo, il 27 giugno, i dettagli della sua ricerca sono stati pubblicati in peer-reviewed su Nature, facendo da apripista ad altri 4 lavori scientifici sullo stesso argomento, prodotti da altrettanti team di ricerca. Il 6 settembre scorso Nature ha pubblicato un ulteriore studio sull'argomento, questa volta ad opera del team di Jacob Hanna, professore presso il Dipartimento di genetica molecolare al Weizmann Institute of Science in Israele, che ha tenuto a precisare:



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“l'embrione, derivato da cellule staminali, non subisce alcuna manipolazione genetica, è equivalente a un embrione di 14 giorni. E come un embrione vero e proprio, ha mostrato la presenza di cellule primordiali del sacco vitellino, della cavità amniotica, della placenta e delle cellule del corion”.

Questo non significa che si creeranno bambini in laboratorio. Il vero obiettivo di questi studi è decifrare i segreti delle prime fasi dello sviluppo embrionale umano e, in particolare, studiare a fondo le fasi cruciali che seguono al suo impianto nell'utero.

Gli studi precedenti avevano circoscritto il loro interesse ai primi 6-8 giorni successivi alla fecondazione, coincidenti con la fase che precede l'impianto dell'embrione in utero. È la fase in cui avvengono processi cruciali per lo sviluppo umano, come la formazione della blastocisti, a cui segue l'annidamento. Le ultime ricerche invece hanno spostato l'attenzione alla fase immediatamente successiva, vale a dire a quella del post-impianto, che va dal 9° al 14° giorno dopo la fecondazione. È una periodo dello sviluppo embrionale che per molto tempo ha rappresentato la “scatola nera” della riproduzione umana. La maggior parte delle informazioni proveniva da studi su animali (topi, scimmie, zebrafish) e non da cellule umane. Le ragioni? Limitazioni etiche-legali. La cosiddetta “regola dei 14 giorni” impone che gli embrioni possono essere coltivati in vitro solo fino a 14 giorni dal concepimento, giusto prima che si possa rilevare l'andamento della gravidanza con una scansione ecografica.

Per superare questa regola gli scienziati hanno utilizzato Cellule Staminali Umane Pluripotenti indotte (iPSC), senza ricorrere a ovuli e spermatozoi. Queste cellule, prelevate da tessuti umani maturi, come la pelle o cellule del sangue, vengono “riprogrammate” grazie alla introduzione di specifici geni attivi in modo da acquisire le caratteristiche delle Cellule Staminali Embrionali (ESC). Le iPSC sono state poi coltivate in laboratorio, seguendo un processo di sviluppo sequenziale che imita quello che avviene naturalmente nel corpo umano. In questo ambiente controllato di laboratorio, le cellule staminali sono state stimolate a differenziarsi in cellule dei tre strati germinativi distinti: ectoderma, mesoderma ed endoderma, che sono le tre linee cellulari essenziali per la corretta formazione degli organi e dei tessuti durante lo sviluppo embrionale. Per ottenere questi risultati, queste strutture organiche pluricellulari simil-embrionali («embrioidi») sono state coltivate fino ad uno stadio leggermente superiore ai tradizionali 14 giorni di sviluppo per un embrione naturale, offrendo così una visione senza precedenti di questo periodo dello sviluppo umano.

La ricerca sugli embrioni sintetici sta sollevando nuove questioni etiche. Se da un lato gli embrioidi sono visti da molti scienziati come strumenti fondamentali per lo studio di molti casi d'infertilità, di patologie genetiche e di aborti ricorrenti, altri ritengono, invece, che rappresentino una problematica intersezione tra progresso tecnologico e dignità della vita, anche se creata in laboratorio. Ma la cosa più grave è che tutto questo sta creando un crescente divario tra ambizioni scientifiche ed etica: mentre gli scienziati spingono la ricerca sempre più avanti, l'opinione pubblica appare sempre più sconcertata e osserva con crescente preoccupazione i risultati di questi studi, rischiando una frattura tra ricerca e percezione pubblica.

Visto da questa angolazione la questione diventa anche un problema legislativo. La maggior parte dei Paesi più industrializzati si è posto questo quesito e ha introdotto leggi che regolamentano la ricerca sugli embrioni umani, stabilendo limiti temporali per la coltivazione in laboratorio. Così, la Società Internazionale per la Ricerca sulle Cellule Staminali (ISSCR) ha stabilito linee guida chiare sull'uso degli embrioni umani, vietando il loro impianto indipendentemente dal tipo d'utero, umano o non umano. Inoltre, da decenni, esiste la “regola dei 14 giorni” che delimita il periodo massimo di coltivazione degli embrioni in ambiente di laboratorio.

Ma è applicabile questa regola anche agli embrioni sintetici, essendo essi modelli e non veri e propri embrioni? Per affrontare queste e altre domande, è stato creato un gruppo di lavoro, denominato *Governance of Stem*



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Cell-Based Embryo Models (G-SCBEM), che unisce scienziati, giuristi ed esperti di bioetica. L'obiettivo di questo organismo è chiaro: individuare e colmare le lacune nelle attuali regolamentazioni, fornendo indicazioni precise nell'ambito delle ricerche sugli embrioni sintetici.

Attualmente è in corso un ampio dibattito nel mondo scientifico, che coinvolge ricercatori, legislatori, esperti di etica e la comunità in generale, e si concentra su questo preciso punto: come procedere in modo responsabile? La chiave risiederà in un dialogo aperto e collaborativo. Solo attraverso una riflessione condivisa e un approccio equilibrato si potrà garantire che l'innovazione vada di pari passo con l'etica. La strada verso il futuro della medicina richiederà discernimento, collaborazione e, soprattutto, rispetto per la vita in tutte le sue forme.



Le Case di comunità e i tanti appalti saltati

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

Dal Pnrr due miliardi per costruire almeno 1.350 Case di comunità per le assistenze mediche entro il 2026. Le gare d'appalto sono state aperte ma 414 sono già saltate. I fondi non bastano più. Le decisioni da prendere.

a pagina 21

Sanità, le decisioni che danneggiano tutti

**CASE DI COMUNITÀ: GARE D'APPALTO APERTE E CONTRATTI FIRMATI MA 414 SONO SALTATE PERCHÉ I FONDI DEL PNRR NON BASTANO PIÙ
LA SOLUZIONE: USARE I SOLDI PER METTERE A POSTO GLI OSPEDALI**

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

Non serve ribadire che abbiamo un problema di assistenza sanitaria sul territorio. È accertato. Per dare ai cittadini un punto riferimento a cui rivolgersi per le prime necessità senza intasare inutilmente il Pronto soccorso sono stati messi 2 miliardi di euro del Pnrr nella costruzione di almeno 1.350 Case di comunità. Una ogni 40-50 mila abitanti, con il vincolo ad ultimare entro giugno 2026. Sono strutture pubbliche dove ci lavoreranno medici di medicina generale, pediatri, ostetrici, lo psicologo, infermieri di famiglia, un assistente sociale, 5-8 figure sociosanitarie e amministrative (Dm 77 del 23 maggio 2022, pag. 26). A regime il costo annuo previsto per il personale ammonta a 685,6 milioni, già indicati dalla Legge di bilancio 2022 (art. 93 pag. 208 e comma 274).

Il cronoprogramma

Gli accordi firmati dalle Regioni con il Ministero della Salute stabiliscono dove e come verranno realizzate le Case di comunità. I progetti, approvati in tutte le sedi, sono partiti a tambur battente a giugno 2022. Il cronoprogramma che accompagna la realizzazione degli obiettivi del Pnrr prevede che entro dicembre 2023 ci sia la firma dei con-

tratti d'appalto per la loro costruzione o, nel caso di edifici già esistenti, per la ristrutturazione. Come sta procedendo la tabella di marcia? Questi sono i dati dell'ultimo rilevamento Agenas-Ministero della Salute di luglio 2023: 1.097 gare d'appalto aperte, 96 contratti già firmati, 173 vicini alla firma. Il totale fa 1.366 perché i progetti sono un po' di più delle Case di comunità previste dal Pnrr in modo tale che se qualcuno si arena, l'obiettivo delle 1.350 può essere comunque centrato.

Cosa dice la revisione del piano

Lo scorso 27 luglio il ministro Raffaele Fitto presenta la proposta di revisione del Pnrr: a causa di un aumento dei costi nell'edilizia fra il 24 e il 66% il governo Meloni decide di ridurre il numero di Case di comunità da re-



alizzare con i fondi Ue da 1.350 a 936 (pag. 103). Alle Regioni non è ancora dato sapere ufficialmente in base a quali criteri il ministro Fitto abbia fatto i calcoli. L'ipotesi più accreditata è che il numero sia stato tarato sulle Case di comunità per lo più da ristrutturare e non da costruire ex novo. È quanto è possibile intuire leggendo le proposte per la revisione del Pnrr di Fitto dove c'è scritto: «L'impatto sul cronoprogramma dei lavori è maggiore per le nuove costruzioni rispetto agli interventi di ristrutturazione di edifici esistenti. In particolare, i primi richiedono iter approvativi molto più lunghi (permesso a costruire vs. Scia, ad esempio); richiedono opere propedeutiche, come demolizioni, scavi, spostamento sottoservizi, allacciamento reti, ecc., generalmente assenti negli interventi di ristrutturazione». La rassicurazione del governo Meloni è che le 414 che escono dai finanziamenti del Pnrr saranno realizzate attingendo ai 10 miliardi di euro destinati all'edilizia sanitaria, cioè alla costruzione di nuovi reparti, messa a norma, acquisto di nuove attrezzature. Alla cifra di 10 miliardi si arriva considerando i soldi stanziati dall'88 ad oggi e non ancora spesi. Se poi dai 2 miliardi del Pnrr per le Case di comunità avanzassero risorse verranno investite per i poliambulatori, intesi come muri e non all'interno di una riforma sanitaria, con la riproposizione di un modello che si è già dimostrato inefficiente. Una virata difficile da comprendere. A questo punto si pongono almeno tre problemi.

Gare aperte senza finanziamenti

Le gare d'appalto delle Regioni sono tutte in corso d'opera e l'accesso ai finanziamenti deve essere immediato, mentre quelli per l'edilizia sanitaria hanno tempi lunghi perché passano dagli accordi di programma, e il loro iter burocratico è lungo e complesso. Bisognerebbe fare un emendamento che sposti una fetta di risorse dall'edilizia sanitaria per renderle subito disponibili per le 414 Case di comunità, altrimenti rischiano di finire su un binario morto, come si legge nel testo della proposta Fitto («Per gli interventi parzialmente espunti dal Piano si propone la piena realizzazione secondo tempistiche che potranno essere successive a giugno 2026», pag. 105). Con il paradosso che rischiano di saltare quelle di nuova costruzione, ossia le più urgenti perché sono da tirar su nelle aree più sguarnite del territorio, soprattutto al Sud. Come, ad esempio, in Campania dove le Case della Comunità potrebbero diventare 55 a fronte delle 172 programmate. E questo incide su uno dei principi cardine del Pnrr, ossia «il riequilibrio tra territori», che potrebbe non essere rispettato.

Ospedali fatiscenti

Il secondo problema è che se toglie i fondi destinati a sistemare gli ospedali per metterli chissà quando nelle Case di comunità

non hai migliorato niente. E le strutture ospedaliere carenti e fatiscenti, con cui loro malgrado tutti i pazienti si confrontano, sono destinate a rimanere tali. Per risolvere il problema dell'aumento dei costi qualche Regione propone di rimodulare i progetti delle Case di comunità in base ai soldi del Pnrr disponibili, anziché ridurle. Per esempio: invece di fare un edificio a 3 piani, al momento completarne due. Proposte inascoltate.

Ospedali di Comunità e Cot

Con le stesse motivazioni dell'aumento dei costi dell'edilizia, il piano di revisione del Pnrr dello scorso luglio taglia anche il numero di Ospedali di comunità, le strutture pensate per pazienti a bassa intensità di cura, ossia che hanno bisogno di restare ricoverati, ma che non sono più acuti e che dunque potrebbero liberare posti letto negli ospedali veri e propri. Per realizzarli entro il giugno 2026 l'Ue ci dà 1 miliardo di euro. Adesso Fitto prevede che il loro numero scenda da 400 a 304, 96 in meno. Con conseguenze paradossali: per esempio, in Lazio, per risolvere il problema di dove mettere i pazienti a causa degli ospedali sovrappollati, è appena stato concluso un accordo con i privati accreditati per acquistare disponibilità di posti letto a 500 euro a giornata, quando il costo di gestione giornaliero effettivo per un Ospedale di comunità pubblico è di 150 euro. Ci sono poi le Centrali operative territoriali (Cot). La loro funzione è di coordinamento e collegamento dei vari servizi sanitari territoriali, agevolando lo scambio di informazioni tra gli operatori sanitari. Il finanziamento previsto dal Pnrr è di 103,85 milioni di euro, per la realizzazione di almeno 600 Centrali, ma adesso Fitto le riduce a 524 (76 in meno), facendo slittare anche i tempi di entrata in funzionamento: non più giugno, ma dicembre 2024. Anche per gli Ospedali di comunità e le Cot escluse dai finanziamenti del Pnrr è previsto l'utilizzo dei fondi destinati all'edilizia sanitaria.

I medici di famiglia

C'è poi il terzo nonché eterno problema: a tenere in piedi le Case di comunità dovrebbero essere i 42 mila medici di famiglia, che però di uscire dai loro ambulatori sembrano non volerne sapere, neppure per le sole 2 ore al mese a testa come previsto dalla Legge di bilancio 2022. Se non si trova un accordo i medici possono rifiutarsi perché sono liberi professionisti convenzionati con il sistema sanitario a cui dunque nessuno può



dire cosa fare. Dopo i mesi più drammatici dell'epidemia di Covid sul tavolo dell'allora ministro Roberto Speranza c'era l'ipotesi di farli passare da liberi professionisti a dipendenti: una soluzione che poteva trovare la disponibilità dei giovani medici almeno per i nuovi ingressi. Ma è mancata la forza politica per varare la riforma. In autunno dovrà essere rinnovato il loro contratto triennale, e sarà dirimente quello che verrà stabilito in quella sede. Altrimenti il piano per potenziare le cure sul territorio, di cui l'Italia ha

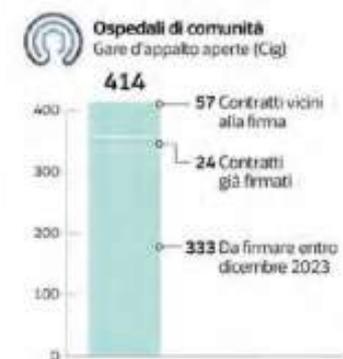
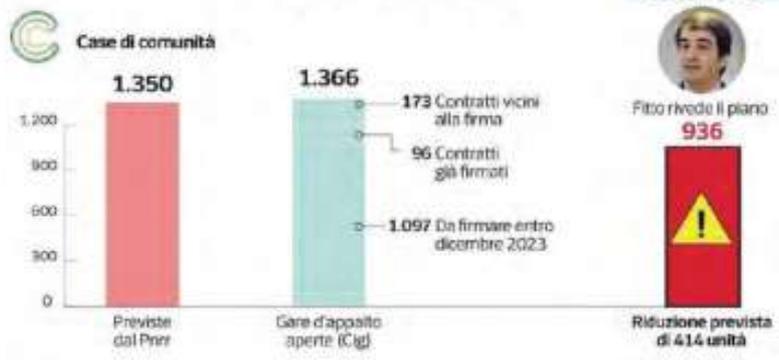
gran bisogno, ma che il governo Meloni non ha mai mostrato di amare, finirà di fatto smantellato in culla.

Dataroom@corriere.it
© RIPRODUZIONE RISERVATA



La situazione al 20 luglio

27 luglio 2023



Fonte: Agenas-Ministero della Salute

I problemi



Gare in corso d'opera

Le 414 Case di comunità escluse potranno essere fatte anche dopo il 2026 con i soldi dell'edilizia sanitaria



I fondi destinati all'edilizia sanitaria

Vengono ridotte le risorse disponibili per sistemare gli ospedali



Medici di famiglia

Per ora sono ratiocenti, il rinnovo del loro contratto in autunno sarà decisivo



Corriere.it

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

Il Pnrr e l'assistenza sul territorio

NEL PNRR

2
miliardi di €



1.350
Case di Comunità

giugno 2026

1
miliardo di €



400
Ospedali di Comunità

giugno 2026

103,85
milioni di €



600
Centrali operative territoriali

dicembre 2024



Obiettivo prevenzione il Nord è più virtuoso

UniSalute e Nomisma: aumenta il numero di chi si sottopone ai controlli, ma uno su cinque rinuncia per i tempi di attesa troppo lunghi. E siamo sotto la media europea. Donne più attente degli uomini

Sibilla Di Palma

“La salute non è tutto, ma senza salute tutto è niente”, sosteneva il filosofo tedesco Arthur Schopenhauer. Tra gli italiani cresce l'attenzione verso la salvaguardia del proprio benessere, anche se sulla prevenzione molto resta ancora da fare. L'ultima rilevazione dell'Osservatorio Sanità di UniSalute, effettuata in collaborazione con l'Istituto di ricerca Nomisma, rivela che il 41% degli italiani monitora regolarmente la propria salute, una quota in crescita considerevole rispetto al 33% del 2022. I più virtuosi sono i cittadini del Nord e quelli del Centro: rispettivamente il 40% e il 45% si sottopone a controlli regolarmente, contro il 31% di coloro che risiedono al Sud e nelle Isole. Inoltre, spiegano gli autori dello studio, le donne si mostrano più attente degli uomini: il 42% contro il 33%.

Gli analisti hanno, poi, cercato di capire le ragioni di chi non si controlla periodicamente, aspetto cruciale per poter definire le policy più indicate per invertire il trend. Il 29% degli intervistati tende a fare visite solo quando avverte malanni e un italiano su sei è convinto di non aver bisogno di controlli. Errori di sottovalutazione che rischiano di costare cari

nel tempo.

Inoltre, uno su cinque vi rinuncia a causa dei tempi di attesa troppo lunghi (una piaga che è andata via via peggiorando nel corso del tempo) e una quota simile per i costi elevati. Una problematica, quest'ultima, confermata anche da un'analisi dell'Ocse secondo cui nel nostro Paese è sempre più difficile accedere ai servizi di prevenzione. Per fare alcuni esempi, in Italia si sottopone allo screening per il tumore del collo dell'utero il 39% delle donne, a fronte di una media europea del 54%. Mentre ricorre allo screening per il tumore del colon-retto il 41% dei nostri connazionali contro una media europea del 48%.

Cambia la ricerca, ma non l'esito. Secondo i dati della Siprec, Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare, queste patologie sono responsabili di oltre un terzo dei decessi nel nostro paese, superando i 230 mila casi all'anno. Da qui l'importanza dei controlli, considerato che il 98% degli italiani è esposto ad almeno un fattore di rischio cardiovascolare, mentre il 41% ne presenta almeno tre. Numeri imponenti, sui quali incide – tra le altre cose – la vita sedentaria, con la pratica diffusa di non muoversi a sufficienza.

A questo proposito va comunque detto che negli ultimi anni la consapevolezza sui rischi cardiovascolari è aumentata, come evidenzia una ricerca condotta dalla società di consulenza Gfk che ha coinvolto 2.500 italiani over 35. Il 31% degli intervistati sa infatti di avere un livello di colesterolo sotto i 199mg/dl (soglia considerata ottimale), una quota del 55% superiore a quella rilevata in un'indagine simile risalente al 2012. In parallelo cala dell'8% la quota di coloro che hanno un livello di colesterolo alto. Poco meno di quattro italiani su dieci riconoscono l'importanza di tenere sotto controllo il livello di questo grasso nel sangue e uno su sei è impegnato a ridurlo. Alla luce di questa crescente consapevolezza, aumenta sempre più la quota di coloro che effettuano controlli regolari. Cresce anche

l'attenzione verso la qualità del cibo e in parallelo aumenta la quota di coloro che evitano eccessi a tavola, bevono con criterio e smettono di fumare. Con benefici non solo per la salute dei singoli, ma an-



che per la collettività, considerato che i costi per la gestione delle malattie croniche incidono per circa l'80% di tutta la spesa sanitaria.

Uno scenario complesso che non si presta certo a soluzioni semplici. Detto della necessità di invertire il trend, occorre agire su più fronti. È fondamentale una presa di coscienza individuale dei pericoli connessi a comportamenti a rischio ed è fondamentale il sostegno a livello di sistema verso l'evoluzione tecnologica, che consente di progredire nel contrasto alle malattie.

Un aspetto, quest'ultimo, che deve fare i conti con lo stato delle finanze pubbliche e le scelte politiche. Dall'ultimo Def emerge che nel 2025 il rapporto spesa sanitaria/Pil si attesterà al 6,2%, un dato inferiore ai livelli pre-pandemia (nel 2019 era al 6,4%). Ma non è so-

lo una questione di budget, quanto anche di capacità di allocare le risorse al meglio, riducendo il più possibile gli sprechi e spingendo sull'efficienza del sistema sanitario.

Tanto sugli aspetti di cura, quanto sull'organizzazione, un aiuto può arrivare dai progressi scientifici. Basti pensare alle potenzialità della prevenzione personalizzata. Il presupposto è che ogni persona ha proprie specificità non solo biologiche, ma anche in termini di storia clinica, abitudini, contesto sociale con il quale interagisce, storico di problematiche familiari e stile di vita. Fattori che possono esercitare un'influenza notevole nell'insorgere di una patologia e/o sul suo aggravarsi fino a diventare difficile da gestire. Incrociare tutti i dati sanitari nella

vita di un singolo, mettendo in relazione quanto emerso da controlli, eventuali ricoveri o altri fragenti consente oggi di avere una capacità di analisi predittiva inimmaginabile solo qualche anno fa. Si sta aprendo una nuova stagione che promette di allungare ulteriormente le aspettative di vita, migliorandone anche la qualità.



PAESI EUROPEI AREA OCSE E ITALIA TREND SPESA PUBBLICA PRO CAPITE



NUMERI



IL DATO

PER LA SPESA SANITARIA L'ITALIA È IN CODA TRA I PAESI DEL G7

La spesa sanitaria pubblica italiana nel 2022 si è attestata al 6,8% del Pil, inferiore sia rispetto alla media Ocse, sia rispetto alla media europea (entrambe al 7,1%). A dirlo è un'analisi della Fondazione Gimbe, in base alla quale sono 13 i Paesi europei che in percentuale sul Pil investono più dell'Italia, con un gap che nel caso della Germania supera i quattro punti percentuali (10,9% del Pil). Impietoso risulta, inoltre, il confronto con gli altri membri del G7 sul trend della spesa pubblica 2008-2022, con il nostro Paese che occupa l'ultimo in classifica.

① Aumenta la domanda di prevenzione ma molti italiani rinunciano ai controlli



Meno medici, più pazienti: sanità in affanno

Secondo il rapporto del Crea, il Servizio sanitario nazionale è sull'orlo di una crisi: in Italia mancano 30mila camici bianchi e c'è grave carenza di specialisti in medicina generale. Per far fronte all'emergenza, il Mur ha aumentato i posti nelle facoltà

Camici bianchi introvabili, in Italia mancano all'appello decine di migliaia di medici sia quelli in corsia sia quelli negli ambulatori di medicina generale. Il turno dei medici di base è fermo e di specialisti ce ne è sempre più bisogno. E così quest'anno il ministero dell'Università e Ricerca ha deciso di aumentare i posti nelle facoltà di medicina e di avviare un percorso di riordino dei corsi per le specializzazioni. Il servizio sanitario nazionale, ad oggi, è in forte affanno. È quanto emerge dal l'8esimo Rapporto Sanità del Crea, il Centro per la ricerca economica applicata in sanità, dal titolo "Senza riforme e crescita, Ssn sull'orlo della crisi", che si concentra proprio sulla figura del medico di medicina generale, delineando un futuro prossimo decisamente complicato. Basta dare un'occhiata al trend delle pensioni per vedere che l'Italia, in base ai dati Enpam, assisterà da un lato ad un'uscita media dal sistema sanitario di oltre 3.000 medici di medicina generale ogni anno per i prossimi 5 anni e, dall'altro, all'aumento del "carico assistibile" medio: in altri termini cala il numero dei medici ma cresce quello dei pazienti.

In Italia si è arrivati oggi, in media, a un carico assistibile di oltre 1.300 pazienti per singolo medico, con ampia variabilità fra le Regioni ed un'evidente differenza tra Nord e

Sud. Ci sono momenti in cui nelle singole regioni si decide di derogare al limite massimo di iscritti per medico, per accogliere tutti i pazienti quando si assiste a un forte flusso di pensionamenti e, dopo il Covid, accade sempre più spesso a causa del forte carico di stress e di burocrazia subiti negli ultimi anni. Ma il problema viene da più lontano: dal 2016 al 2021 sono mancati all'appello circa 5mila medici e quindi i pazienti, considerando quelli con più di 14 anni quindi non in età pediatrica, sono stati "spalmati" sui medici ancora in servizio.

Servono medici di medicina generale, ma come ci si diventa? Sono necessari i 6 anni di laurea abilitante e poi l'iscrizione all'ordine professionale, i 3 anni di medicina generale e poi il diploma in formazione specifica in medicina generale. Il corso di formazione in medicina generale, proprio come accade nel resto d'Europa, è un percorso triennale. La sfida da affrontare è, quindi, quella di tamponare il sistema per almeno 5 anni, mettendo in capo misure utili a favorire sia l'aumento del fondo per la formazione o dell'accesso alla professione sia a incentivare i professionisti a rimanere in servizio nonostante gli aumenti dei volumi di lavoro. Spesso infatti medici lamentano la pressione data dalle incombenze burocratiche e dall'aumento del carico di pazienti.

Non va meglio negli ospedali dove la carenza di personale e quindi i turni massacranti stanno mettendo in fuga i camici

bianchi: secondo un recente sondaggio del sindacato Anao Asso-med, infatti, un medico di ospedale su tre è talmente insoddisfatto del suo lavoro da voler lasciare



il posto e la fascia di età più in crisi è quella tra i 45 e i 55 anni. Secondo il rapporto Crea, paragonando le medie di Paesi europei come Francia, Germania, Regno Unito e Spagna, in Italia mancano all'appello 30mila medici e 250mila infermieri: numeri impressionanti a cui il sistema di reclutamento non riesce a fare fronte.

L'INTERVENTO

Per questo il ministero dell'Università e Ricerca quest'anno ha aumentato il numero di posti alla facoltà di medicina, a numero programmato. «Per sopperire alla carenza di medici - ha già spiegato la ministra del Mur, Anna Maria Bernini - abbiamo innanzitutto consultato i nostri "datori di lavoro", cioè i rettori, le università, la Conferenza Stato-Regioni,

mettendo insieme le informazioni più importanti e abbiamo capito, da qui a sette anni, di quanti medici c'è bisogno. Abbiamo allargato il collo di bottiglia delle iscrizioni: già quest'anno ci saranno quasi 4mila posti in più per il corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Da qui a sette anni ce ne saranno 30mila in più, con delle verifiche periodiche, perché quello che dobbiamo capire non è solo quanti ma anche quali medici sono necessari per assisterci». E sta partendo anche il riordino delle specializzazioni con un gruppo di lavoro istituito dalla ministra Bernini: il gruppo di esperti, in collaborazione con il ministero della Salute, si sta ora occupando delle scuole di specializzazione. Una formazione che da anni attende un intervento organico di riordino anche

per rivedere le linee guida generali dell'ammissione, riconsiderare i fabbisogni annuali e le graduatorie per l'accesso alla professione. Per quest'anno accademico è stato registrato un incremento dei posti statali che sono saliti da 13.000 a 14.579. E il Mur assicura che i posti messi a bando saranno tutti assegnati il 26 settembre, oltre un mese prima dell'inizio delle attività didattiche fissato al 1 novembre 2023.

Lorena Loiacono

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IL CARICO DI LAVORO
CRESCIE PERCHÉ
INSIEME AL NUMERO
DEI PENSIONAMENTI
AUMENTA QUELLO
DEGLI ASSISTITI**

**UN GRUPPO
DI ESPERTI
SI STA OCCUPANDO
DEL RIORDINO
DELLE SCUOLE
DI SPECIALIZZAZIONE**

Un laboratorio
di Medicina all'interno
di UniCamillus

INUMERI

3

In migliaia, i medici di medicina generale in uscita ogni anno

1300

Il carico assistibile di pazienti per medico di medicina generale



250

In migliaia: infermieri mancanti rispetto alla media di altri Paesi Ue

4

In migliaia, i posti in più già previsti per Medicina e Chirurgia



“ L'intervista Gianni Profita

«Più chance all'UniCamillus i nostri test fino al 2 ottobre»

Professore Gianni Profita, Rettore dell'Università Medica Internazionale di Roma UniCamillus, UniCamillus consente agli studenti di effettuare il test di medicina fino al 2 ottobre, perché?

«Questa opportunità è resa possibile dalla recente decisione del Ministero dell'Università e della Ricerca di aumentare i posti a Medicina. La particolarità del rinnovo delle selezioni da parte dell'Ateneo sta nel fatto che, rispetto ad altre università, rimette in moto la macchina delle prove di ammissione ex novo, non basandosi semplicemente sullo scorrimento di graduatoria di date precedenti: in questo modo, molte più persone avranno una chance di iniziare a frequentare Medicina già da questo novembre».

I corsi di Medicina e Infermieristica sono unicamente in inglese, come mai questa scelta?

«L'inglese è la lingua della scienza e, naturalmente, della medicina. I nostri studenti, una volta laureati, saranno professionisti della salute nel mondo. Non serve parlare bene l'inglese per iscriversi ad UniCamillus, ma basta un livello scolastico: nelle prime settimane di corso organizziamo anche le-

zioni integrative di lingua inglese. Il nostro Ateneo è internazionale a tutto tondo, anche per gli iscritti».

In che senso?

«In Ateneo ci sono molti studenti stranieri che scelgono di venire a studiare in UniCamillus. Abbiamo una vasta varietà di Paesi di provenienza, circa 70: 118 haitiani, 45 studenti nigeriani, un libico, 65 turchi, 46 israeliani e 41 indiani, 15 dagli Emirati Arabi e 12 dal Nord America. Ma anche giapponesi, sauditi, pakistani, ragazzi del Kosovo, del Ruanda, dell'Iran e dello Sri Lanka. C'è chi arriva da famiglie benestanti e chi, invece, viene qui per studiare con un nostro prestito d'onore ed esce come un professionista pronto ad entrare nel mondo del lavoro. Ne siamo molto orgogliosi».

È questa la vostra "Terza missione"?

«Sì, ne siamo fieri: oltre a sostenere gli studenti internazionali di scarse capacità economiche, i nostri docenti partono per missioni umanitarie nei Paesi in via di sviluppo. Ma siamo anche perfettamente integrati da 5 anni sul territorio: siamo nella periferia est di Casal Monastero che ha subito gravi conseguenze dalla crisi economica del 2008. Ora, grazie ad

UniCamillus, il quartiere è rifiorito. Abbiamo ristrutturato un'area industriale e intorno a noi le case sono tutte affittate a studenti fuori sede o professori; aprono bar e ristoranti, stiamo diventando un riferimento socio-economico importante nella zona».

I tirocini dove si svolgono?

«Disponiamo di diverse realtà, per formare il medico o l'infermiere a 360 gradi: le Asl 2 e 6, il San Camillo Forlanini, il Cto e l'Ospedale Sant'Eugenio e tante altre strutture assistenziali di grandissima qualità medica».

Fate anche ricerca?

«Sì, l'innovazione è il carburante di ogni università. Ci sono stati approvati 9 Prin, Progetti di rilevante interesse nazionale, dedicati allo studio del cancro, dell'Hiv, delle malattie rare e dell'antibiotico-resistenza».

L.Loi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CORSI DI MEDICINA E INFERMIERISTICA IN INGLESE E PRESTITI D'ONORE A CHI HA DIFFICOLTÀ ECONOMICHE



Gianni Profita, rettore di UniCamillus



Salute digitale, i dati che curano

Gli algoritmi sono
la medicina del futuro
ma bisogna lavorare
per una condivisione
maggiore dei risultati

Come sta cambiando il modo di affrontare la salute, la prevenzione e la cura delle malattie grazie alla digitalizzazione e all'intelligenza artificiale? È la domanda a cui ha provato a dare risposta l'evento «I dati e gli algoritmi - La medicina del futuro», condotto dal vicedirettore del *Corriere della Sera* Daniele Manca. Una domanda che, dopo la pandemia da Covid-19, è diventata ancora più rilevante. Aprendo nuovi orizzonti di ricerca scientifica e crescita, dando spazio però anche a una serie di possibili rischi legati all'uso dei dati e alla privacy.

L'8% dei fondi del Pnrr destinati all'Italia, circa 20 miliardi di euro, sono dedicati alla salute; e in parte alla salute digitale. Un'espressione che significa «poter accedere alla medicina di base in modi semplici, ma anche poter viaggiare in tutta Europa avendo a disposizione gli stessi servizi del nostro Paese di origine»,

ha spiegato Roberto Viola, direttore generale per le politiche digitali della Commissione europea (Dg Connect). «Grazie all'IA abbiamo osservato un aumento del 54% della diagnostica di potenziali tumori», ha fatto eco Paola Pirotta, amministratrice delegata di Medtronic Italia. Senza contare le altre possibili ricadute sulla vita dei cittadini, come quelle ricordate da Giovanna Iannantuoni, rettrice dell'Università Bicocca di Milano: «Stiamo lavorando a nuovi totem negli ospedali lombardi per rendere più veloce l'accesso alle strutture». Quantità ma anche qualità: il professor Antonino Spinelli, responsabile chirurgia del colon-retto dell'Humanitas, ha effettuato un intervento chirurgico in modalità robotica, trasmesso direttamente dalla sala operatoria ad alcuni uditori. «Le tecnologie più avanzate rendono e renderanno la formazione di nuovi chirurghi più rapida, efficiente e meno costosa». «Ciò

significherà — per Mariangela Amoroso, Country medical lead Sanofi — poter fare investimenti più mirati per nuove soluzioni terapeutiche». «L'accesso digitale ai dati — ha aggiunto Sandra Gallina, direttore generale per le politiche digitali della Commissione europea — rappresenta un'opportunità unica per accelerare la ricerca: sfruttare queste informazioni permette di fornire cure di migliore qualità».

Nella ricerca accademica, una delle barriere maggiori è la mancata interoperabilità dei dati. «Il problema — ha sottolineato Adriana Maggi, direttore del Centro di biotecnologie farmacologiche dell'Università degli Studi di Milano — è che ognuno tiene i dati nel proprio laboratorio: ecco perché stiamo mettendo a punto un sistema per condividere i dati tra i ricercatori».

Su questo fronte si stanno muovendo anche le istituzioni



ni. «Come Commissione europea — ha evidenziato Marco Marsella, Head of the Unit eHealth, Well-Being and Ageing Dg Connect della Commissione europea — stiamo creando un'infrastruttura tecnologica per far accedere tutti gli operatori allo scambio dei dati».

In Italia, però, bisogna fare i conti con la mancanza di dati

digitalizzati: «Un medico specialista su due — ha concluso Chiara Sgarbossa, Head of digital health and life science innovation observatories del Politecnico di Milano — non usa ancora la cartella sanitaria elettronica e solo il 35% dei cittadini ha usato almeno una volta il fascicolo sanitario elettronico».

Valeriano Musiu

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La statistica

In Italia solo uno specialista su due usa la cartella sanitaria elettronica

L'evento

● «I dati e gli algoritmi - La medicina del futuro», è l'evento condotto dal vicedirettore del Corriere della Sera Daniele Manca che si è interrogato sulle opportunità della medicina digitale

● Un orizzonte tanto più importante dopo la pandemia da Covid-19, che apre nuovi scenari di ricerca scientifica. Con una serie di interrogativi sui possibili rischi legati all'uso dei dati e alla privacy

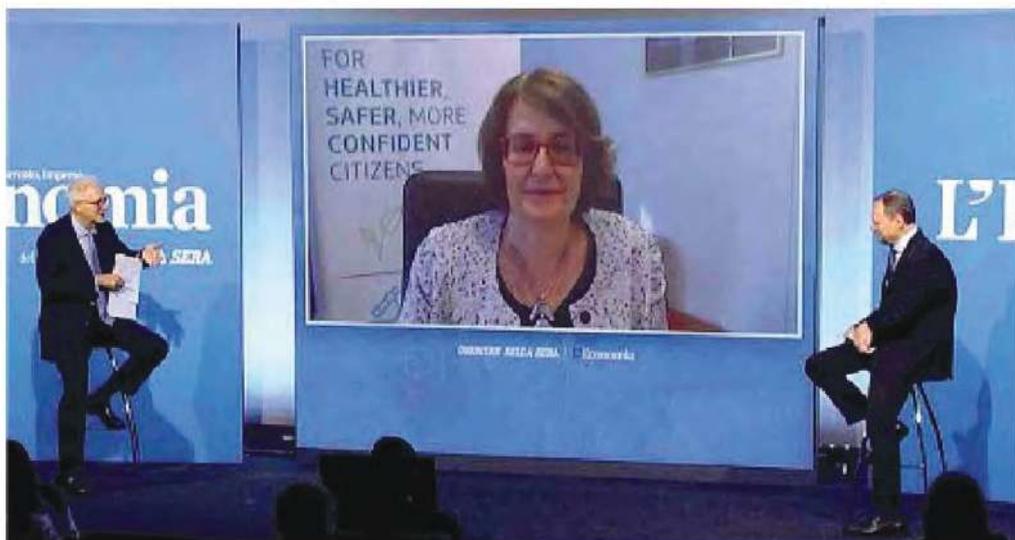
8

per cento

La percentuale dei fondi del Pnrr destinati all'Italia, circa 20 miliardi di euro, dedicati alla salute

Gli esperti

Il vicedirettore del Corriere Daniele Manca con Sandra Gallina (Direzione generale Salute e sicurezza alimentare, Commissione europea) e Roberto Viola (dg Politiche digitali, Commissione europea)



NOI & GLI ALTRI

INVESTIMENTI IL PHARMA È LEADER, SI RAFFORZI LA SANITÀ

La produzione farmaceutica in Italia è maggiore che in Francia, Germania, Spagna e Uk ma le risorse per la salute sono più basse, il 9% del Pil, dice lo studio The European House-Ambrosetti. Il ceo De Molli: «Più incentivi per attrarre capitali e collaborazione pubblico-privato»

di ALESSANDRA PUATO

L'emergenza sanitaria in Italia può diventare un problema per le prossime generazioni, visto l'invecchiamento della popolazione. Oltre che aumentare le risorse pubbliche per il settore, occorre accelerare sull'attrazione di capitali esteri, per una collaborazione efficace tra pubblico e privato. Lo dice l'ultima ricerca The European House-Ambrosetti sul settore («Aumentare l'attrazione degli investimenti esteri per la competitività del sistema Italia-Quale strategia per l'industria farmaceutica» con Iapag ed Eunipharma, settembre 2023), dove l'Italia viene confrontata con Francia, Germania, Spagna e Regno Unito. Ne emerge un Paese forte per produzione farmaceutica, ma debole per la spesa sanitaria, che è a carico dei cittadini più che negli altri Paesi analizzati.

Tre le priorità di azione secondo Valerio De Molli, managing partner e ceo di The European House-Ambrosetti: «Lavorare a un piano per il settore; accelerare il processo di revisione della governance della spesa farmaceutica

avviato nei mesi scorsi, per porre le basi per il superamento del meccanismo del payback; confermare l'aumento delle risorse economiche per la sanità nella prossima legge di Bilancio»

I parametri

L'Italia guadagna il primato per valore della produzione farmaceutica con 49 miliardi nel 2022 (di cui 29,3 miliardi da aziende a capitale estero), più della Francia (ferma quasi alla metà, con 23,6 miliardi nel 2021), della Germania (34,6), del Regno Unito (27,8) e della Spagna (17,5). Significa che le imprese del pharma in Italia ci sono e producono e investono: 3,3 miliardi nel 2022, di cui 1,4 in ricerca e sviluppo.

Ma l'Italia è anche ultima tra i cinque per spesa sanitaria, nota la ricerca: è il 9% del prodotto interno lordo. La Germania spende per la sanità il 12,7% del Pil, la Francia l'11,9%, l'Uk l'11,3% e la Spagna il 10,5%. In particolare, la quota di spesa sanitaria a carico dei cittadini: è il 21,4% del totale, circa un quinto, il dato più alto tra i Paesi considerati. Il 75,9% è spesa pubblica, il resto — solo il 2,7% — è la sanità privata intermedia dalle assicurazioni.

La Francia è il Paese dove i cittadini pagano meno per la sanità: qui è «out of pocket», pagata cioè di tasca propria, l'8,9% della spesa. Seguono Germania (11%) e Regno Unito (13,9%), la Spagna è vicina all'Italia (21%). Questo



L'ECONOMIA

In un quadro in cui l'aspettativa di vita in Italia è alta 82,7 anni.

«Le aziende farmaceutiche a capitale estero oggetto della nostra analisi già oggi danno un contributo importante alla crescita economica e al miglioramento della salute — dice De Molli—. Con le giuste condizioni possiamo attrarre ancora più investimenti sia nella ricerca sia nella produzione. Il nostro servizio sanitario nazionale va certamente rafforzato non solo con maggiori risorse economiche, ma anche con una visione pluriennale, una strategia condivisa da governo e regioni, una maggiore collaborazione tra pubblico e privato».

«L'emergenza c'è — dice Daniela Bianco, direttore della divisione Healthcare di The European House-Ambrosetti—. Il divario di risorse investite in sanità nell'ultimo decennio rispetto al fabbisogno reale porterà al peggioramento delle condizioni di salute dei cittadini italiani se non si in-

terviene subito. Va aumentato il finanziamento del Fondo sanitario. L'incremento di 2,4 miliardi previsto per il 2024 in legge di Bilancio non basta, lo ha detto anche il ministro della Salute Orazio Schillaci che ha chiesto altri 4 miliardi». Per contrasto, l'occupazione nella farmaceutica in Italia è salita del 22% dal 2019 a 68 mila 600 persone nel 2022 (più della Spagna, meno di Francia e Germania). «Il settore è resiliente — dice Bianco —. Gli investimenti in ricerca e sviluppo ci sono, ma vanno incentivati, anche con una minore burocrazia». Anche perché la

competizione sta aumentando.

A maggior ragione dopo la stagione del Covid che non solo ha evidenziato la mancanza di personale e le sacche d'inefficienza, ma potrà anche portare a una riduzione dei ricavi per la farmaceutica, con la minore produzione di vaccini e farmaci legati alla pandemia.

Perciò, secondo l'analisi, serve un piano strategico nazionale sulla sanità, in

linea con quelli che stanno elaborando altri Paesi. «Al G20 in India il ministro della Sanità tedesco ha dichiarato che in Germania partirà entro l'anno un piano strutturale sul settore per attrarre investimenti — dice De Molli—. Il ministro delle Imprese Adolfo Urso ha detto a Cernobbio che partirà anche in Italia». Si stanno muovendo in particolare Francia e Spagna, nota la ricerca. Nel 2021 il presidente francese Emmanuel Macron ha annunciato il piano Innovation Santé con investimenti pubblici per 7,5 miliardi: «Vuole posizionare la Francia come il principale Paese nell'innovazione sanitaria entro il 2030», dice il rapporto. E sempre quest'anno la Spagna ha annunciato il Plan estratégico de la industria farmacéutica 2023-2025 da 8 miliardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le aziende del comparto hanno aumentato l'occupazione del 22% dal 2019, ma chiedono meno burocrazia

«Va confermato l'incremento dei fondi nella prossima Legge di bilancio, serve una visione pluriennale»

Il confronto Gli indicatori del settore farmaceutico

	Italia	Francia	Germania	Spagna	Regno Unito
Spesa sanitaria totale (% del Pil)	9%	11,9%	12,7%	10,5%	11,3%
di cui pubblica (% sul totale)	75,9%	84,6%	86,5%	70,4%	81,5%
di cui a carico dei cittadini (% sul totale)	21,4%	8,9%	11%	21%	13,9%
Spesa sanitaria pubblica pro capite ⁽¹⁾ (euro)	2.580	3.916	5.370	2.303	4.230
Popolazione over-65 (% sul totale)	23,8%	21%	22,1%	20,1%	19,2%
Aspettativa di vita (anni)	82,7	82,4	80,8	83,3	81,3
Disponibilità nuovi farmaci ⁽²⁾ (giorni)	436	508	128	629	329
Valore produzione pharma (miliardi di euro)	49	236	346	175	278
Occupati pharma (unità)	68.600	99.310	121.245	49.200	70.000
Investimenti in R&S pharma (miliardi di euro)	1,9	4,5	8,5	1,3	6,9

(1) A parità di potere d'acquisto (2) periodo che intercorre tra l'autorizzazione al commercio e la data di disponibilità per i pazienti

Fonte: Libro Bianco «Aumentare l'attrazione degli investimenti esteri per la competitività del sistema-Italia. Quale strategia per l'industria farmaceutica» realizzato da The European House - Ambrosetti con il supporto di IAPG e EUNIPHARMA, settembre 2023



● L'indagine

The European House-Ambrosetti ha presentato a Cernobbio il Libro bianco «Aumentare l'attrazione degli investimenti esteri per la competitività del Sistema Italia - Quale strategia per l'industria farmaceutica». Datato settembre 2023, è stato realizzato con IAPG (Italian American Pharmaceutical Group) ed Eunipharma (gruppo farmaceutiche europee e giapponesi Farmindustria)



The European House-Ambrosetti
Valerio De Molli, managing partner e ceo



Malati della sanità Il dossier di Cittadinanzattiva: «Mi hanno diagnosticato melanomi due anni fa, ancora niente intervento»

«Se aspettavo la Tac ero morto»

Le drammatiche storie per le liste d'attesa: «L'ho fatta da un privato, operato d'urgenza al cuore

I racconti, più o meno lunghi, più o meno dettagliati, dei cittadini alle prese con le lunghe liste d'attesa parlano di una vera e propria odissea nei meandri della sanità pubblica regionale. E l'hanno condivisa per il Monitoraggio civico di Cittadinanzattiva. «Ho una malattia rara e per una tac cardiaca sono in attesa dal 2020». «Mio marito do-

veva fare una tac coronarica ma non abbiamo trovato nessuna disponibilità. Siamo andati dal privato, l'ha fatta in pochi giorni ed è stato operato per un doppio *bypass*. Se avessimo aspettato sarebbe morto». E ancora: «Per una colonscopia appuntamento nel 2024. Fatta privatamente

mi hanno asportato 7 polipi in fase di modifica. Prevenzione questa sconosciuta».

alle pagine 2 e 3 **Salvatori**

«A giugno la diagnosi, tumore alle corde vocali Devo ancora operarmi»

Nell'indagine di Cittadinanzattiva segnalati decine di casi drammatici per le odissee provocate dalle infinite liste d'attesa
Cataratta da luglio 2022: mai chiamato

«Soffro di una malattia rara che necessita di numerosi controlli, con cadenza ogni sei mesi massimo. E devo fare una tac cardiaca dal 2020, ma ancora non ci sono riuscita. E anche per un semplice ecocardiogramma o un holter cardiaco l'attesa è di almeno 12 mesi. Mi hanno proposto di farlo, a gennaio del 2025 a Latina ma io sono di Roma. E per una tac celebrale appuntamento a giugno 2024». È questo il tenore di messaggi dei pazienti arrivati a Cittadinanzattiva Lazio nel corso del monitoraggio civico sulle liste d'attesa. Racconti, più o meno lunghi, da cui traspare a volte rabbia a volte rassegnazione per le grandi difficoltà che si incontrano nel trovare disponibilità per visite ed esami

diagnostici negli ospedali e negli ambulatori pubblici della regione.

«Mio marito si è sentito male e sono emersi problemi al cuore. Gli hanno prescritto una tac coronarica, per la quale non bisognava aspettare mesi perché semplicemente non era proprio prenotabile dal momento che non c'erano disponibilità - un altro commento dei cittadini -. Abbiamo fatto la tac privatamente. Risultato? Mio marito è stato operato urgentemente di doppio *bypass*. Se aspettavano, non si sa neanche quanto tempo, sarebbe morto. È una vergogna. Anche perché ad avere bisogno sono soprattutto anziani, per lo più in pensione. Noi per una visita cardiologica abbiamo pagato 120 euro. Quanto dura così una

pensione?». Stessa situazione che è capitata per una colonscopia. «Ho provato a prenotare a febbraio, appuntamento a marzo 2024. Fatta privatamente: risultato sette polipi asportati in fase di modifica. La prevenzione? Questa sconosciuta».

I disservizi non risparmiano neanche i malati oncologici. «I primi di giugno mi han-



no diagnosticato una forma cancerogena alle corde vocali. E mi è stato detto che dovevo essere operata con urgenza. Quindi sono stata messa in lista. Dopo un mese vengo chiamata per fissare la preospedalizzazione a inizio agosto. Fortunatamente va tutto bene e l'anestesista dà l'ok all'intervento». Ma non è finita qui, perché «dopo pochi giorni ricevo una telefonata dall'ospedale in cui mi dicono che avrei dovuto eseguire un ecocolordopler Tsa e che appuntamento era per il 19 ottobre. Non ci ho visto più, ma come ho un cancro e mi fate aspettare tutto questo tempo? La loro risposta è: "Questo siamo riusciti a ottenere, se lei può prima...". Morale della favola, per salvaguardare la mia salute ho dovuto fare l'esame

in privato il giorno dopo». «Sono malata oncologica - conferma un'altra paziente - con priorità sulle ricette per esami e diagnostica di 10 giorni. Beh l'appuntamento me l'hanno dato dopo 6 mesi».

Altra criticità che in tanti sottolineano, il fatto di rimanere in attesa per anni. «Ho due melanomi, uno su una spalla e uno sulla pancia. Ho fatto la visita a settembre 2021 e ancora sto aspettando che mi chiamino per l'intervento». Mentre un altro cittadino segnala che «per un'operazione alla cataratta sono in attesa da luglio 2022 e ancora niente».

Attese di oltre due anni per una polisonnografia («Prenotazione fatta a giugno di quest'anno, prima data disponi-

bile 25 novembre 2025) e per una visita oculistica («Ho preso l'appuntamento a gennaio dello scorso anno, ho trovato posto a giugno 2024. Qualcuno offre di più? Però in intraioenia magicamente potevo farla dopo appena una settimana»).

Clarida Salvatori

La vicenda

● In un'indagine di Cittadinanzattiva ha raccolto decine di segnalazioni di pazienti che hanno avuto gravissimi problemi con le liste d'attesa. Esami fissati ad anni di distanza dalla prenotazione, costretti ad andare dai privati

La colonscopia
Dovevo aspettare un anno. Ho pagato e mi hanno trovato 7 polipi: mi hanno operato subito

Malata oncologica
Ho le ricette per esami e diagnostica in 10 giorni. Beh, l'appuntamento me l'hanno dato dopo 6 mesi

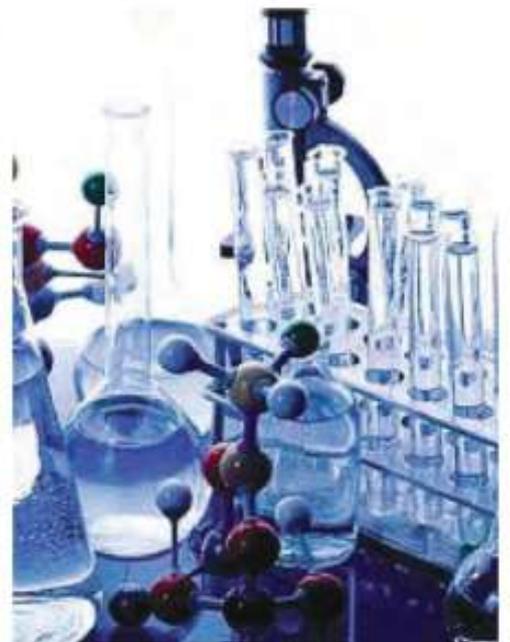


Chi è



● Giovanni Fusco (in foto) è il segretario della Cisl Funzione pubblica di Roma e Rieti

● Secondo il sindacalista ci sono gravi carenze di personale negli ospedali del Lazio: «Mancano 10mila tra medici, infermieri e tecnici»



Un laboratorio di analisi della Capitale



FUSCO (CISL)

«Servono subito almeno diecimila tra medici, tecnici e infermieri»

«Liste d'attesa che arrivano al 2025 sono inaccettabili, di questo passo salterà tutto il sistema di prevenzione e di cura», spiega Giovanni Fusco segretario Cisl Fp Roma Capitale e Rieti. «Serve investire nel sistema pubblico, sulle attrezzature e sulle strutture. Ma soprattutto serve assumere. Nel Lazio mancano

10mila tra medici, infermieri, operatori socio sanitari e tecnici».

a pagina 3

«Negli ospedali mancano 10mila tra medici, infermieri e tecnici»

Fusco (Cisl): «Di questo passo salterà tutto il sistema di prevenzione e cura»

Giovanni Fusco, segretario Cisl Fp Roma Capitale e Rieti, come è possibile che nel Lazio le prenotazioni tramite Recup, quindi nel sistema sanitario regionale, siano già al 2025?

«È inconcepibile. Di questo passo salterà tutto il sistema di prevenzione e di cura. E noi abbiamo più volte sottoposto il problema alla Regione».

Perché non si riesce ad affrontare questa problematica che dura da decenni?

«Perché mancano 10mila professionisti, tra medici, infermieri, operatori socio sanitari, tecnici radiologi e di laboratorio. E perché non si fanno assunzioni. Ma, se non si assume è impossibile offrire prestazioni».

E la Regione che cosa può

fare per superare le criticità delle liste d'attesa?

«Avviare un processo di assunzioni. Prima dell'estate è stato pubblicato il bando del concorso per infermieri e siamo in attesa di quello per gli operatori socio sanitari».

Che nel Lazio è una novità.

«Si tratta del primo concorso mai indetto nella regione per la selezione di questa figura, ma i tempi non saranno brevi».

Di che tempistiche si parla?

«Si arriverà alla prima metà del prossimo anno. Nel frattempo abbiamo chiesto risorse aggiuntive per l'assunzione di personale con una certa priorità per il settore dell'emergenza».

L'accordo con le strutture

private convenzionate, perché mettano a disposizione le loro agende, sta dando i frutti sperati?

«In questi mesi è cambiato poco: il problema delle liste d'attesa troppo lunghe, nelle visite di routine, negli interventi programmati, negli esami di diagnostica, non si risolve così. Bisogna investire sul sistema pubblico, sulle attrezzature e sulle strutture. Se non si fa, sarà difficile abbatterle. Presto avremo un incontro in Regione e ribadiremo il concetto ancora una volta. Ma servono accordi concreti per migliorare la sanità regionale».

Cla. Sa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Camici bianchi nel corridoio di un ospedale romano

