



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

4 APRILE 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

LIVESICILIA



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Manager della sanità, la partita delle nomine va ai tempi supplementari



REGIONE | di Salvo Cataldo 4 APRILE 2024

PALERMO – A due mesi dalle nomine, gli uomini e le donne individuati dal governo regionale per guidare le aziende sanitarie e ospedaliere della Sicilia rivestono ancora formalmente la carica di commissari straordinari. Scorre il tempo ma ancora non arriva l’investitura ufficiale della Giunta che dovrebbe “trasformarli” in direttori generali, assegnando loro anche gli obiettivi del mandato. **Quella ratifica non è arrivata** neanche nella Giunta di ieri, 3 aprile, e nemmeno in quella della settimana precedente nonostante in tanti si aspettassero un inserimento nell’ordine del giorno dei lavori. Il quadro, intanto, si arricchisce di un nuovo elemento: **tre richieste di accesso agli atti della selezione.**

Il silenzio-assenso dell’Ars

Si aprono così i tempi supplementari di una partita iniziata diversi mesi fa e che a fine gennaio era stata risolta con l’individuazione della lista dei prescelti. La mancata formalizzazione di questo passaggio potrebbe non nascondere particolari significati ma c’è chi scalpita e si domanda se dietro a questa lentezza formale non ci sia un ragionamento politico ancora da “limare”. L’ultimo passaggio ufficiale si è consumato all’Ars a metà marzo, con la commissione Affari istituzionali che ha deciso di **non decidere**. I deputati della prima commissione, dopo avere chiesto tutti i documenti della selezione per controllare la legittimità delle nomine e dopo qualche “scintilla” al proprio interno, non si sono espressi lasciando sostanzialmente il via libera alle scelte di Palazzo d’Orleans attraverso il cosiddetto silenzio-assenso.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Non soltanto i direttori generali

Nei corridoi di Palazzo qualcuno prova a spiegare una situazione che in realtà non dipenderebbe dalla scelta dei direttori generali, su cui adesso sarebbe impensabile un ripensamento, ma dalla nomina dei nuovi direttori sanitari e amministrativi. **È questa l'ultima fase dell'intricata vicenda dei manager della sanità.** Si tratta di un passaggio politico fondamentale, perché le scelte appartengono soltanto formalmente ai manager delle aziende.

Pesi e contrappesi

La nuova tornata di nomine sarà il **frutto di una complessa elaborazione politica** fatta di pesi e contrappesi e tenendo conto delle scelte già fatte a gennaio. **Si cercherà di non scontentare nessuno dei partiti della maggioranza** e di non alterare gli equilibri. Ed è su questo fronte che, secondo alcune indiscrezioni, le tessere del puzzle non sarebbero ancora tutte al loro posto. Le rose di nomi a disposizione sono ampie: 57 gli idonei per il ruolo di direttore amministrativo, 65 quelli che possono ricevere la nomina a direttore sanitario.

Manager della sanità, accesso agli atti

A complicare ulteriormente il quadro ci sono le **richieste di accesso agli atti che riguardano tre degli attuali 18 manager: Gaetano Sirna**, che era già stato confermato direttore generale del Policlinico di Catania fino a ottobre 2025 ma che secondo alcuni avrebbe superato i limiti di età; **Ferdinando Croce**, fedelissimo dell'ex assessore alla Sanità **Ruggero Razza**, scelto per l'Asp di Trapani; **Giorgio Giulio Santonocito**, designato al Policlinico di Messina. All'orizzonte, intanto, si avvicinano a grandi passi **le elezioni europee** e il governo dovrà ratificare le scelte fatte senza andare oltre la data dei 45 giorni prima del voto per Bruxelles, altrimenti tutto slitterebbe a giugno: l'effetto sarebbe quello di allungare ulteriormente una partita che a quel punto diventerebbe davvero infinita.

L'APPELLO DI SCIENZIATI E NOBEL

“Sanità a rischio crac”

Da Parisi a Locatelli una raccolta di firme per sostenere il settore pubblico. Nel 2025 calo record al 6,2% del Pil Italia fanalino di coda in Europa. Mantovani (Humanitas): “Per i cittadini la priorità sia guarire e non avere l'assicurazione”

Salvare la sanità pubblica a ogni costo. In campo 14 scienziati e luminari che chiedono un intervento per bloccare lo smantellamento progressivo delle cure per tutti. Dal Nobel Parisi all'ematologo Locatelli al radiologo Davini, l'appello degli scienziati è in difesa di ospedali e terapie: “Subito un piano straordinario di investimenti”. È stato toccato il punto più basso dopo vent'anni di tagli. Nel 2025 è previsto in bilancio solo il

6,2% del Pil. Il farmacologo Garattini osserva: “Siamo stupiti dall'inerzia del governo”. “Voglio vivere in un paese in cui chi si ammala debba preoccuparsi solo di guarire” dice l'immunologo Mantovani a *Repubblica*.

di **Bocci, Dusi e Santelli**

● alle pagine 2, 3 e 5

“Salvare la Sanità pubblica” In campo Nobel e luminari

Da Parisi a Locatelli, l'appello degli scienziati in difesa del servizio nazionale: “Subito un piano straordinario di investimenti” Toccato il punto più basso: nel 2025 previsto in bilancio solo il 6,2% del Pil. Garattini: “Siamo stupiti dall'inerzia del governo”

Il premio Nobel Giorgio Parisi ha detto subito, convintamente, di sì. Poi sono arrivate le firme degli altri. «Avremmo potuto raccogliere moltissime adesioni, a centinaia, ma abbiamo preferito contenere i tempi e rendere pubblico il nostro pensiero più rapidamente possibile perché sono temi urgenti», spiega Ottavio Davini, radiologo già direttore sanitario delle Molinette, che ha steso la prima versione dell'appello intitolato “Non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico”.

In 14 hanno deciso di sottoscrivere la pagina di sintesi e le quattro di argomentazione estesa, con tanto di note. Tra i nomi (molti dei quali lavorano per realtà private) ci sono quelli dell'ematologo del Bambin Gesù Franco Locatelli, presidente del Consiglio superiore di sanità, di Alberto Mantovani, direttore scientifico dell'Humanitas di Milano, del

fondatore del Mario Negri Silvio Garattini, dell'economista sanitaria Nerina Dirindin, già parlamentare Pd e Articolo 1, dell'oncologo Lucio Luzzatto, dell'epidemiologo dell'Imperial college di Londra Paolo Vineis, di Francesco Longo della Bocconi, dell'oncologo e presidente Aiom Francesco Perrone.

«I dati dimostrano che il sistema è in crisi – si legge all'inizio dell'appello – Arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle disuguaglianze regionali e sociali. Questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica, hanno reso fortemente sottofinanziato il servizio sanitario nazionale, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2% del Pil, meno di vent'anni fa».

Gli scienziati ed esperti di sanità chiedono un piano straordinario di investimenti. Nella stesura della lettera sono stati coinvolti membri del Consiglio superiore di sanità e dell'Accademia dei Lincei, di cui Parisi è vicepresidente. «Non potevamo assistere senza reagire a quello che sta succedendo alla sanità – dice ancora Davini – Sono anni che si definanzia e adesso la situazione è precipitata. A noi non compete dire da dove vanno presi i soldi ma ricordiamo che se si sbriciola il welfare si sbriciola rapidamente anche la coesione sociale».

Silvio Garattini, sentito da Salute, il content hub del gruppo Gedi, ha detto: «Se non interveniamo il rischio è una sanità a pagamento, come negli Usa». Poi ha aggiunto di essere «stupido dall'inerzia del governo sulla sanità».

– **mi.bo.**



Il dossier

Ospedali a pezzi e attese infinite il conto salato di vent'anni di tagli

Italia fanalino di coda in Europa
per la spesa. Il 90 per cento di Tac
e mammografi ha più di dieci anni

di Michele Bocci

Parte tutto dai soldi. Che possono essere spesi bene o male ma restano la base per assicurare un'assistenza sanitaria di qualità ai cittadini. Purtroppo in Italia è in corso da tempo un definanziamento del sistema pubblico, che con il governo di centrodestra, per sua stessa previsione, è destinato a raggiungere livelli mai visti. A cascata arrivano gli altri problemi. Quelli che riguardano le liste di attesa e la conseguente spinta dei cittadini verso il privato, quelli legati ai problemi strutturali degli ospedali e pure quelli di organico.

Sempre meno fondi

A finanziare le cure è il Fondo sanitario nazionale. Se si guarda solo quello (nel 2024 è di circa 134 miliardi) si osserva un aumento di anno in anno e non si comprende la situazione. La Corte dei Conti, nella nuova "relazione al Parlamento sulla gestione dei servizi sanitari regionali", valuta invece il rapporto tra spesa sanitaria e Pil. L'ultima NadeF, la Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza, prevedeva per il 2023 che la spesa valesse il 6,6% del Pil, scendesse poi al 6,2% quest'anno e il prossimo e addirittura al 6,1% nel 2026. Il tutto mentre nel resto d'Europa si investe molto di più sulla sanità. Nel 2022 la Germania era al 10,9%, la Francia al 10,3, il Regno Unito al 9,3 e la Spagna al 7,3.

Liste d'attesa e spesa privata

Il pubblico spende sempre meno e i cittadini sempre di più. Il sistema sanitario non è ancora riuscito a ripor-

tare l'offerta al periodo precedente al Covid. Nel 2019 si facevano oltre 210 milioni di visite ed esami, dato mai più raggiunto. Nei primi sei mesi dell'anno scorso non si è arrivati a 100 milioni. Con le strutture che lavorano meno e la domanda che tende invece ad aumentare, le liste d'attesa si allungano. Sono tantissimi i cittadini costretti a rivolgersi al privato per ottenere una prestazione in tempi accettabili. Ma c'è anche chi non può permetterselo e aspetta o rinuncia alle cure. La Corte dei conti spiega che «nel 2022 la spesa a carico delle famiglie è stata il 21,4% di quella totale, pari ad un valore pro capite di 624,7 euro, in crescita del 2,1% rispetto al 2019». Sempre facendo un confronto con gli altri Paesi europei, in Francia l'out of pocket vale l'8,9% e in Germania l'11%.

Vecchi ospedali

L'Italia ha un problema di ospedali vetusti. Solo il 18% delle strutture di cura hanno meno di 33 anni, cioè sono state costruite dopo il 1990. Quelle tirati su prima della fine della Seconda guerra mondiale sono molte di più, il 27%. Ma di recente il governo ha tolto dal Pnc, il Piano nazionale complementare al Pnrr, circa 1,2 miliardi destinati al programma "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" invitando le Regioni a reperire i soldi da un altro fondo, quello per l'edilizia ospedaliera. Ma le amministrazioni locali contestano problemi procedurali e soprattutto ritengono che non ci sia abbastanza dena-

ro a disposizione nel secondo fondo. Forza Italia ha appena presentato un emendamento al decreto Pnrr per cancellare la misura.

Ci sono fondi Pnrr anche per comprare nuove attrezzature diagnostiche e fino ad ora sono state soprattutto le Regioni di Centro-Nord a spenderli. Secondo Confindustria dispositivi medici, in Italia ci sono quasi 37mila apparecchi non più in linea con l'attuale livello di innovazione. Il 92% dei mammografi convenzionali ha più di dieci anni, così come il 96% delle Tac e il 91% dei sistemi radiografici fissi.

Il nodo del personale

Siamo nel periodo più critico per gli organici della sanità. Al periodo di gobba pensionistica dei dottori si affiancano gli effetti del numero chiuso a Medicina. Si laureano in questi anni i giovani entrati quando i posti erano pochi. In futuro le cose miglioreranno (per i sindacati alla fine ci saranno pure troppi camici bianchi), intanto si soffre. Mancano circa 10-15 mila professionisti, in particolare ci sono problemi nei pronto soc-



corso, nelle chirurgie, nelle rianimazioni. Le paghe sono molto più basse rispetto a quelle di altri Paesi europei, il lavoro è sempre più duro per le carenze e così è sorto anche il problema delle fughe dal sistema pubblico, verso l'estero o verso il privato. La stima è che l'anno abbiano lasciato circa 5 mila ospedalieri su 100 mila. La crisi riguarda anche gli infermieri, che sarebbero addirittura

65 mila in meno. Anche questi professionisti lasciano e tra i problemi c'è la paga troppo bassa, 1.600 euro, per chi arriva a lavorare dopo tre anni di università. DI PROFESSIONE RISERVATA



Allarme di Nobel e scienziati “Il governo uccide la Sanità”

Da Parisi a Mantovani: “Stiamo tornando indietro, servono standard europei”

Quattordici esperti invitano a tutelare il Servizio sanitario nazionale sempre più in difficoltà
“Adeguare i finanziamenti agli standard europei, altrimenti è a rischio la coesione sociale”

L'allarme degli scienziati per la sanità pubblica “Così si torna indietro”

IL CASO

PAOLO RUSSO
ROMA

Sempre più sottofinanziato, con medici e infermieri insoddisfatti e malpagati, un'assistenza territoriale non al passo con i bisogni della popolazione che invecchia e il divario tra Nord e Sud che aumenta. L'analisi è impietosa quanto è accorato l'appello a difesa della nostra sanità pubblica lanciato da 14 tra i maggiori scienziati italiani, tra i quali il Nobel per la fisica Giorgio Parisi, il grande immunologo Alberto Mantovani, il presidente del Consiglio superiore di sanità, Franco Locatelli e il farmacologo Silvio Garattini.

Un *parterre de rois* unito nel dire che «non possiamo fare a meno del servizio sanitario pubblico», ma che oggi i dati dimostrano quanto sia in crisi, causa «arretramento di alcuni indicatori di salute, difficoltà crescente di accesso ai percorsi di diagnosi e cura, aumento delle disuguaglianze regionali e sociali». Molto «si può e si deve fare sul piano organizzativo, ma la vera emergenza è adegua-

re il finanziamento del Servizio sanitario nazionale agli standard dei Paesi europei avanzati. Ed è urgente e indispensabile, perché un Ssn che funziona non solo tutela la salute, ma contribuisce anche alla coesione sociale», affermano gli scienziati nel loro appello. Parole che seguono ai numeri pubblicati qualche mese fa dal Crea sanità, che nel suo rapporto annuale quantificava in 15 miliardi l'investimento necessario per avvicinare l'Italia al finanziamento medio dell'Ue per la sanità.

«Dal 1978, data della sua fondazione, al 2019 - ricordano gli scienziati - il Ssn in Italia ha contribuito a produrre il più marcato incremento dell'aspettativa di vita

(da 73,8 a 83,6 anni) tra i Paesi ad alto reddito». Ma oggi di questa crescita non c'è più traccia e «questo accade perché i costi dell'evoluzione tecnologica, i radicali mutamenti epidemiologici e demografici e le difficoltà della finanza pubblica hanno reso fortemente sottofinanziato il Ssn, al quale nel 2025 sarà destinato il 6,2%

del Pil (meno di vent'anni fa). Il pubblico garantisce ancora a tutti una quota di attività (urgenza, ricoveri

per acuzie), mentre per il resto (visite specialistiche, diagnostica, piccola chirurgia) il pubblico arretra, e i cittadini sono costretti a rinviare gli interventi o indotti a ricorrere al privato».

Vedasi la nostra inchiesta di martedì sui tempi ancora biblici di attesa per visite e accertamenti diagnostici che finiscono per mettere in difficoltà economica 9 milioni di italiani, che per curarsi hanno contratto lo scorso anno un miliardo di debiti.

Continuare «su questa china, oltre che in contrasto con l'articolo 32 della Costi-



LA STAMPA

tuzione, ci spinge verso il modello Usa - avvertono i firmatari - terribilmente più oneroso (spesa complessiva più che tripla rispetto all'Italia) e meno efficace (aspettativa di vita inferiore di 6 anni). La spesa sanitaria in Italia non è grado di assicurare compiutamente il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute. È dunque necessario - prosegue l'appello - un piano straordinario di finanziamento del Ssn e spe-

cifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali».

Per i 14 scienziati, il Servizio sanitario nazionale deve inoltre «recuperare il suo ruolo di luogo di ricerca e innovazione al servizio della salute. Parte delle nuove risorse deve essere impiegata per intervenire in profondità sull'edilizia sanitaria, in un Paese dove due ospedali su tre hanno più di 50 anni e uno su tre è stato costruito prima del 1940». Ma il grande patrimonio del Ssn è il suo personale. «Una sofisticata apparecchiatura - ricordano nell'appello - si installa in un paio d'anni, ma molti di più ne occorrono per disporre di professionisti sanitari competenti, che conti-

nuano a formarsi e aggiornarsi lungo tutta la vita lavorativa». Per i 14 è però evidente che «le retribuzioni debbano essere adeguate, ma è indispensabile affrontare temi come la valorizzazione degli operatori, la loro tutela e la garanzia di condizioni di lavoro sostenibili».

Mentre particolarmente grave - rimarcano - è la carenza di infermieri, in numero ampiamente inferiore alla media europea. Plaude il fronte medico, silenzio tra le schiere del governo. —

I firmatari della lettera

Scienziati, esperti di management, docenti universitari, ricercatori, premi Nobel: ecco i quattordici esperti che hanno firmato la lettera rivolta al governo

La qualità della vita

Il Ssn in Italia ha prodotto il più marcato incremento dell'aspettativa di vita tra i paesi ad alto reddito

Le disuguaglianze

La spesa sanitaria non è in grado di assicurare il rispetto dei Livelli essenziali di assistenza



Ottavio Savini
Professore di radiologia
ex dirigente Mediaset



Enrico Nicosia
Enologo, vice presidente
Consiglio superiore ucrati



Lando De Feo
Direttore di Pagine
Gialle e di Cokkie



Paola Di Giulio
Vicepresidente Casa Donne
All'Avanzamento



Barbara Di Stefano
Ex senatrice, docente di
economia politica unitaria



Silvio Garattini
Farmacologo e fondatore
dell'Istituto Carlo Negri



Franco Lorenzelli
Medico, presidente
Consiglio superiore ucrati



Francesco Longi
Docente di alto prestigio
di Health management



Lucio Lazzarini
Ematologo, ha guidato
l'Istituto romani Toscana



Alberto Mantovani
Immunologo, direttore
scientifico dell'Humanitas



Giorgio Parisi
Fisico e ricercatore
premio Nobel nel 2021



Carlo Patrino
Farmacologo e docente
alla Cattolica di Roma



Francesco Perrone
Oncologo, presidente
Ass. oncologia medica



Paolo Vineis
Docente di Epidemiologia
ex vicepresidente Csis



Aumenta l'investimento per ridurre divari regionali e liste d'attesa

La Ragioneria: troppi sprechi sulla Sanità

ANTONIO CASTRO

■ Tra i capitoli più onerosi e socialmente sensibili del bilancio della "famiglia Italia" spicca, sicuramente quello della sanità. Non a caso il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, gettando il cuore oltre gli ostacoli che inevitabilmente si paleseranno sulla strada per l'approvazione della prossima legge di Bilancio, parla apertamente di «ponderazione delle risorse finanziarie». E non sarà facile.

Inevitabilmente scatterà la tradizionale ressa politica: "Voi tagliate, noi abbiamo speso di più" e contorno di ventilata "macelleria sociale" sulla pelle degli italiani come ripete l'opposizione.

L'Italia - che può godere dopo il Giappone di una delle popolazioni più longeve del pianeta - ha e sempre più dovrà fare fronte all'assistenza sanitaria diffusa. Tra appena 25 anni quasi due italiani su cinque avranno più di 65 anni (è presumibile lo sviluppo di almeno una patologia cronica). Insomma, «il sistema sanitario, già oggi in grave difficoltà» probabilmente «non sarà in grado di assisterli».

O almeno così ritengono 14 scienziati e ricercatori, tra cui il premio Nobel per la Fisica Giorgio Parisi. Tutti insieme si sono espressi giusto ieri a tutela del Servizio sanitario con un appello netto: «Gli italiani non possono fare a meno del servizio sanitario pubblico».

Per gli scienziati e i ricercatori «la spesa sanitaria in Italia (132 miliardi nel 2024) non è grado di assicurare

compiutamente il rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza (Lea) e l'autonomia differenziata rischia di ampliare il divario tra Nord e Sud d'Italia in termini di diritto alla salute». «È dunque necessario un piano straordinario di finanziamento del Ssn e specifiche risorse devono essere destinate a rimuovere gli squilibri territoriali. La allocazione di risorse deve essere accompagnata da efficienza nel loro utilizzo e appropriatezza nell'uso a livello diagnostico e terapeutico, in quanto fondamentali per la sostenibilità del sistema».

I famosi "viaggi della speranza" (da Nord a Sud) ormai sono diventati una costante. La lamentela sulle infinite liste d'attesa è sacrosanta, per carità.

Ma c'è un però. Ed è nascosto nella capacità di spesa delle singole Regioni. Le amministrazioni locali (oltre il 90% della spesa è per far fronte al capito sanità) anche a fronte di capitoli di bilancio generosi: tradotto i soldi ci sarebbero pure ma non vengono utilizzati per i fini a cui sarebbero destinati.

A dirlo non il solito barricadero d'opposizione o maggioranza. Basta scorrere i dati della Ragioneria: l'amministrazione che ha il compito di tenere sotto osservazione i conti e di verificare proprio come vengono spesi i nostri quattrini, ha tirato fuori che qualcosa non va. Nei giorni scorsi - ha rilanciato *Il Sole 24 Ore* di martedì - è saltato fuori che «nel corso degli anni di soldi per la revisione dei Lea (Livelli elementari di assistenza, ndr), ne sono arrivati a tutti ma sono stati usati per altro. E così è scattato il richiamo:

mancando i decreti attuativi le Regioni si sono sbizzarrite. Un recente "parere" inviato al ministero della Salute, con cui la Rgs mette in guardia dai rischi per i cittadini di un ennesimo rinvio sui Lea. I fondi sono stati «utilizzati dalle Regioni», è il rilievo, «per coprire altre occorrenze della spesa sanitaria e soprattutto inefficienze/squilibri dei loro servizi sanitari». Fino al 31 dicembre 2023 si tratta di 3,446 miliardi. «D'ora in poi le amministrazioni locali», scandisce la Ragioneria, «dovranno utilizzare» i quattrini ricevuti per «salvaguardare gli obiettivi assistenziali» ed «evitare di coprire inefficienze regionali». Per questo la Rgs chiede al ministro Schillaci di bloccare i fondi destinati alle nuove tariffe e all'aggiornamento Lea (631 milioni per il 2024 e 781 dal 2025), «fino all'effettivo utilizzo delle risorse per le finalità indicate». La Ragioneria calcola che i fondi stanziati nel 2025 sfioreranno i 781 miliardi nel 2025.

Negli ultimi giorni il brusio politico ventila la possibilità di un cambio ai vertici della Rgs (dal 23 maggio 2019 il Ragioniere è Biagio Mazzotta in scadenza nel 2025). Al suo posto si vocifera possa sbarcare il direttore generale di Bankitalia, Luigi Federico Signorini, liberando una poltrona di peso. Ma incrociando i binari di due "istituzioni" che dell'indipendenza sulle nomine hanno sempre fatto un vessillo.



Cura e costi Salute come merce e il tempo vuoto delle attese

CARLO SAIITO

I tempi per accedere alle prestazioni sanitarie, non solo a quelle più complesse, sono decisamente sconfortanti, una catastrofe che non risparmia nemmeno le Regioni più ricche e meglio organizzate. Il governo annuncia l'en-

nesimo piano di battaglia e nell'incerta attesa dell'improbabile rilancio di un settore pubblico impoverito ed estenuato, si rivolge alle strutture private.

— segue a pagina 3 —

— segue dalla prima —

Cure e costi La salute come merce e il tempo vuoto delle attese

CARLO SAIITO

È però davvero l'espansione dell'offerta la soluzione del problema e davvero sono i tempi di attesa il problema principale del sistema sanitario?

Aspettare è in realtà una dimensione tipica della malattia e della cura, si ascoltano i segnali inviati dal corpo, si aspettano, con impazienza o con trepidazione, il parere di un medico o la risposta di un esame, si lascia passare il tempo, si attraversano giornate monotone nell'attesa di guarire, di tornare insomma ad essere quello che si era prima. L'attesa appare talmente connaturata alla malattia che i malati si chiamano «pazienti», persone dunque che non solo soffrono ma aspettano, che sono rassegnate ad aspettare e per le quali la malattia non è solo un'interruzione, ma anche un momento di conoscenza, un addestramento severo all'esistenza.

Con la rivoluzione produttivista che ha coinvolto la sanità europea a partire dagli anni Ottanta e che è arrivata in Italia nei primi anni Novanta del Novecento, non c'è dubbio però che l'attesa abbia assunto una connotazione esclusivamente negativa e che si configuri un inedito intreccio tra attesa, efficienza e qualità dei servizi. La riduzione di liste e tempi di at-

sa diventa la misura principe del buon funzionamento di un sistema sanitario, sale nella lista di priorità della politica e delle nuove figure manageriali cui è affidata la gestione di una sanità aziendalizzata, sconfina nel senso comune e si propone come simbolo di una trasparenza che consente al singolo cittadino di scegliere e entrare, direttamente e individualmente, in una sanità di mercato. La prestazione sanitaria, indipendentemente dalla sua persistente funzione assistenziale, sembra diventare oggetto di uno scambio che la trasforma in un prodotto autonomo al quale accedere in tempi rapidi, un fine in sé su cui valutare anche l'equità del sistema indipendentemente dal suo impatto sulla salute e sulla cura. I tempi d'attesa sono però un metro difettoso che nasconde talvolta i problemi invece di rivelarli o suggerisce spiegazioni fuorvianti a problemi reali.

Per fare un esempio banale, un paziente diabetico avrebbe bisogno di una dieta adeguata, di accertamenti semplici e periodici, di un controllo assiduo della terapia. Quasi la metà dei pazienti diabetici non effettuano però molti degli esami indispensabili non perché siano complessi e costosi ma perché non li richiedono e non vengono loro prescritti. Il loro bisogno non si traduce dunque in do-

manda, l'offerta disponibile rimane largamente inutilizzata, non si allungano liste o tempi di attesa, ma il bisogno rimane insoddisfatto. Per altro verso la gestione di un dolore cronico del ginocchio è un problema di salute comune a circa il 30% della popolazione di età superiore a 40 anni, e dovrebbe essere affrontato, nella larghissima maggioranza dei casi, combinando un'attenta valutazione clinica con l'esercizio fisico e con l'addestramento del paziente a comportamenti in grado di contenere i sintomi. Nella realtà però il bisogno di cura non si esprime nella sola richiesta di questi interventi, che le evidenze scientifiche indicano come adeguati, ma si traduce spesso nella domanda di una risonanza magnetica del ginocchio con tempi di attesa che nel Ssn italiano oscillano da molte settimane ad alcuni mesi e che spingono molti pazienti a cercare una risposta nella sanità privata sostenendone direttamente i costi.



il manifesto

Nel primo caso la debolezza della domanda e l'assenza di liste di attesa mascherano la mancata soddisfazione del bisogno, nel secondo una domanda di rado appropriata genera tempi di attesa, distorce l'offerta e apre ampi spazi al settore privato aumentando le disuguaglianze anche quando l'accesso ai servizi si riveli scarsamente giustificato e contribuisca marginalmente alla soddisfazione del bisogno.

Questi esempi estremi mettono in luce i difetti di un'utilizzazione dei tempi di attesa come metro del funzionamento di un sistema sanitario, ma sottolineano anche la differenza tra bisogno e domanda e gli squilibri che questo scarto può creare nella destinazione delle risorse disponibili, sia pubbliche che

private, orientandole verso interventi più richiesti ma relativamente inappropriati o non corrispondenti alla gerarchia dei bisogni. Quello che servirebbe allora è la valutazione di un prodotto che corrisponda all'efficacia dell'intervento. Il tempo è solo una delle variabili che descrivono le risorse necessarie a realizzarlo, un tempo che non comprende solo l'attesa di un esame o del suo risultato ma anche le relazioni che sono parte integrante del percorso di cura.

Le risposte devono essere tempestive ma è un errore pensare che un singolo accertamento rappresenti una risposta finale come se la salute potesse essere considerata merce in vendita su uno scaffale e non avesse inevitabilmente a che fare con la

dimensione personale ed esistenziale degli individui. L'assenza di questa dimensione assomiglia il paziente ad un consumatore e configura l'attesa come uno spazio vuoto che deve essere eliminato e che non può essere usato o condiviso.

Un sistema sanitario che funzioni non è dunque quello che si limita ad accelerare la effettuazione di interventi e procedure, ma quello che affronta i problemi e trova le soluzioni e che gestisce insieme ai pazienti i tempi del trattamento, un sistema che misura la sua equità sui tempi e la qualità dei suoi percorsi di cura e sui loro esiti di salute.



Servizio sanitario *La storia di Anya: aumenti a sorpresa, resta senza medico*

Anya studia in Italia, come extracomunitaria ha pagato al Ssn 149 euro. Ma nella legge di bilancio il costo è salito a 700.

MARIO DI VITO
A PAGINA 3

LA STORIA DI UNA STUDENTESSA RUSSA A BOLOGNA

Aumento a sorpresa, Anya resta senza medico

MARIO DI VITO

■ Anya ha 28 anni, il passaporto russo, è in Italia dal 2020 e dall'anno successivo frequenta il conservatorio di Bologna grazie a una borsa di studio. Come tutti i cittadini extracomunitari, ogni anno deve presentare in questura i documenti per il rinnovo del permesso di soggiorno: prima di Natale, diligentemente, fa tutti i passaggi formali del caso, affrontando con pazienza i sin troppo accidentati percorsi burocratici, tra moduli da riempire e bollettini da pagare. Tra i pagamenti c'è anche quello al Servizio sanitario nazionale: 149 euro.

È A QUESTO PUNTO però che la storia prende una piega strana: il 30 dicembre, a Roma, il parlamento approva la legge numero 213: il bilancio. E il contributo per l'iscrizione al Servizio sanitario nazionale dovuto dai cittadini extracomunitari in Italia per motivi di studio si alza e cresce fino a quota 700 euro, +547%. Di per sé un'enormità, nel caso di Anya anche la causa di una situazione che ha dell'assurdo. Ieri, infatti, il suo medico di base l'ha contattata per comunicarle che non risultava più iscritta all'elenco dei

suoi pazienti. «Una chiamata arrivata all'improvviso», racconta Salvatore, il compagno di Anya, al manifesto. «Ci abbiamo messo un po' a capire per quale motivo questa iscrizione non risultasse e ce l'abbiamo fatta solo dopo essere andati al Cup di Bologna, che ci ha messo di fronte al fatto compiuto: quando abbiamo presentato la domanda per il rinnovo del permesso di soggiorno abbiamo pagato 149 euro invece di 700».

IL PERMESSO di soggiorno di Anya reca come data di scadenza il 31 marzo scorso ma, si sa, le carte è sempre meglio prepararle con largo anticipo, per questo Anya era già pronta a dicembre. E nessuno nel frattempo l'ha avvisata della moltiplicazione del contributo per il Servizio sanitario nazionale. Poteva andare molto peggio, se possibile: i cittadini stranieri collocati alla pari devono affrontare un aumento del 547% anche del loro contributo, passato da 219 a 1.200 euro. Questi rialzi hanno portato la spesa media dei cittadini stranieri per la sanità da circa 1.200 euro di media a 2.000 euro.

IL CONSERVATORIO di Bologna, tra i più importanti al mondo, è frequentato da decine di studenti

con un passaporto non europeo. Alcuni hanno rimediato al rialzo delle tariffe varato dal governo Meloni rivolgendosi ad assicurazioni private, che talvolta possono essere anche molto poco costose, ma che di certo non offrono le garanzie della sanità pubblica, a partire proprio dall'iscrizione negli elenchi dei medici di base. Ma se il consueto assist ai privati colpisce fino a un certo punto, la storia di Anya rac-

conta anche qualcosa in più. Ad essere colpiti, infatti, sono soprattutto i cittadini stranieri. Non solo nel portafoglio, ma anche nei loro diritti, a partire da quello alla salute. Attualmente la questione è appesa al decreto Milleproroghe, con diversi emendamenti che puntano a differire l'entrata in vigore delle nuove tariffe o comunque esentare almeno alcune categorie, come proprio gli studenti. «In base alla nuova disciplina - sostiene l'associazione Avvocato di strada di Bologna - molte per-



il manifesto

sone, pur potendo regolarmente rimanere sul territorio nazionale, rischiano di non poter più accedere ad un elevato numero di prestazioni sanitarie a causa della mancanza di risorse economiche sufficienti a sostenere il costo annuale previsto per l'iscrizione facoltativa al Servizio sanitario nazionale». E ancora: «Per tutti gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale le prestazioni sanitarie dovranno comunque essere corrisposte, sebbene le stesse saranno soggette alla tariffe determinate dalle regioni e province autonome e, in ogni caso, sono assicurate,

nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva, anche ai cittadini stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno nel territorio italiano».

CONCLUDE SALVATORE: «Adesso siamo in una situazione di stasi. Dalla questura di Bologna ci avevano comunicato di aver ricevuto tutta la nostra docu-

mentazione, ma a questo punto non abbiamo la minima idea se la domanda di rinnovo del permesso di soggiorno di Anya sia valida o meno».

Da 149 a 700 euro per l'iscrizione al servizio sanitario: ma nessuno aveva avvisato

La domanda per il rinnovo del permesso di soggiorno a dicembre e poi la tagliola del bilancio di Meloni



foto di Arno Burgi/Ap Images





Dir. Resp. Marco Girardo

Bernini: più posti ai test per diventare dottore

Aumenteranno i posti a Medicina. Lo ha annunciato la ministra dell'Università e Ricerca, Anna Maria Bernini. «Siamo in attesa della sentenza del Consiglio di Stato – ha ricordato la Ministra –. A noi il Tolc non è mai piaciuto,

perché opaco. Abbiamo creato un test ponte in attesa di cambiare l'accesso a Medicina che già abbiamo allargato moltissimo e che amplieremo ancora sulla base di un perfezionamento della normativa in un'ottica di

sostenibilità». Per l'anno accademico 2023-2024 i posti disponibili sono 18.248, rispetto ai 14.740 dell'anno precedente.





Dir. Resp. Marco Girardo

DOMANI E SABATO MEETING INTERNAZIONALE ALLA LUMSA

Maternità surrogata, a Roma da tutto il mondo per metterla al bando

ANTONELLA MARIANI

La testimonianza più attesa è forse quella di Olivia Maurel, giovane donna figlia della Gestazione per altri (Gpa), divenuta la più popolare e ascoltata testimonial delle distorsioni causate dalla maternità surrogata e della necessità non di regolarla bensì di abolirla. Dirà parole vere e dure, come è già accaduto davanti al Parlamento della Repubblica Ceca lo scorso novembre e della Croazia, a febbraio, e come avrà probabilmente ripetuto anche oggi a papa Francesco, che l'ha ricevuta questa mattina dopo aver conosciuto la sua storia. Olivia, 31 anni e due bambini piccoli, spiegherà perché tutti i malesseri che ha vissuto, dall'alcolismo ai tentativi di suicidio, dai disturbi bipolari alla depressione, siano derivati da quel segreto di famiglia. Che lei, cioè, non è nata dall'amore di sua madre e suo padre, una coppia francese, ma da un contratto siglato con una donna del Kentucky che - questa era la prassi decenni fa - aveva fornito i suoi ovu-

li e messo a disposizione il suo utero, dietro generoso pagamento, per farla nascere. Olivia Maurel aprirà domani, con il suo racconto-denuncia, la Conferenza internazionale per l'abolizione universale della surrogazione di maternità, organizzata nella sede dell'Università Lumsa, a Roma, fino a sabato 6 aprile. Dirà quello che ha scoperto andando a fondo della sua vicenda personale: che il suo certificato di nascita fu falsificato per consentire ai "genitori d'intenzione" di portarla, appena nata, in Francia. Dirà che con la Gpa i bambini venuti al mondo come lei sono considerati «merce, articoli da ordinare e personalizzare, come un'auto nuova». Dirà che la madre biologica soffre di disturbi men-

tali sui quali l'agenzia di intermediazione aveva sorvolato, disturbi che lei in parte ha ereditato e che sono stati aggravati dalla anaffettività dei genitori legali. All'incontro di Roma esperti provenienti da diversi Paesi esamineranno i vari aspetti della Gpa: il business economico, i buchi nella legislazione, lo sfruttamento delle donne, l'impossibilità di una maternità surrogata etica, la protezione dei bambini nati... Con alcuni approfondimenti inediti, come la situazione in Africa, definita come «drammatica» dal relatore, l'avvocato nigeriano Sonnie Ekwowusi. Dopo la relativa chiusura del Sud-est asiatico e la guerra in Ucraina che ha rallentato il flusso del turismo riproduttivo, è proprio il continente africano, insieme a mete emergenti come la Georgia, Cipro, la Grecia e la Repubblica ceca, a essere diventato la nuova frontiera dell'utero in affitto, in cui la mancanza di leggi chiare alimenta il Far West delle cliniche e dei mediatori, con il fenomeno limite delle "baby farm", le fabbriche di bambini.

L'incontro di Roma è stato promosso dalla Conferenza di Casablanca, l'organizzazione, di cui Olivia Maurel, attivista su TikTok con i suoi 30mila followers, è la portavoce e Bernard Garcia Larrain è il coordinatore, con oltre 100 esperti di 75 Paesi che proprio nella città marocchina, nel marzo 2023, avevano firmato un documento per l'abolizione universale della maternità surrogata considerata lesiva dei diritti dei bambini e delle donne. La scelta di Roma come sede del secondo incontro internazionale non è casuale: l'Italia è l'unico Paese al mondo che ha approvato (per ora alla Camera) una legge che dichiara la gestazione per altri "reato universale". I discorsi di apertura della Conferenza, domani mattina, saranno pronunciati dalla ministra per la Famiglia Eugenia Roccella e dal sottosegretario per i Rapporti con gli Stati e le Organizzazioni internazionali della

Santa Sede, monsignor Miroslaw Wachowski. Nella tavola rotonda che seguirà ("Uscire dalla rassegnazione, proposte politiche per porre fine alla tratta della maternità"), sono previsti interventi di parlamentari di diversi partiti, con la moderazione del presidente del Forum delle Associazioni familiari Adriano Bordignon. L'obiettivo della due-giorni di confronto tra esperti dei cinque continenti ed esponenti di spicco delle Nazioni Unite è sensibilizzare l'opinione pubblica e chi ha responsabilità di governo sugli effetti nocivi della surrogazione di maternità e insieme descrivere gli strumenti giuridici a disposizione degli Stati per scoraggiarne il ricorso.

Proprio papa Francesco, nel discorso al Corpo diplomatico dell'8 gennaio scorso, aveva definito «deprecabile» la pratica della «cosiddetta maternità surrogata, che lede gravemente la dignità della donna e del figlio. Essa è fondata sullo sfruttamento di una situazione di necessità materiale della madre. Un bambino è sempre un dono e mai l'oggetto di un contratto. Auspico, pertanto, un impegno della Comunità internazionale per proibire a livello universale tale pratica».

Con un tempismo straordinario, lo stesso giorno in cui nella sede della Lumsa si aprirà la Conferenza della Dichiarazione di Casablanca, l'associazione Luca Coscioni propone un convegno internazionale di segno opposto alla Camera dal titolo significativo: «Famiglie e diritti universali. Libertà e autodeterminazione nei percorsi di gravidanza per altre e altri». Solo una coincidenza?

© RIPRODUZIONE RISERVATA



FARMACIA PRONTA AL SOCCORSO

I medici di base sono pochi e non sempre raggiungibili. Così è al farmacista che ci si rivolge per un consiglio o per un'emergenza. Alcune strutture hanno piccoli ambulatori dove si eseguono elettrocardiogrammi e analisi. E mentre nascono i «punti viola» anti-violenza, un nuovo disegno di legge renderà questi "negozi" dei veri presidi di salute

di **ENRICA BELLONI** — foto di **STEFANO G. PAVESI**

Un elettrocardiogramma fatto al volo in farmacia può salvare una vita. È successo a un anziano in provincia di Firenze, agitatissimo dopo aver subito il furto del portafogli. Il farmacista, dopo aver fatto l'esame e ricevuto il referto, ha chiamato il cardiologo che non ha avuto dubbi: il signore doveva andare in ospedale dove gli è stato impiantato un pacemaker. A Porto Viro (Rovigo), invece, una cliente lamentava difficoltà a respirare e spossatezza. «I sintomi ci hanno allertato», ha raccontato il farmacista Sebastiano Cester, «e abbiamo immediatamente eseguito l'Ecg. Il referto è arrivato subito e dopo pochi minuti ci ha chiamato il cardiologo consigliando di mandarla al pronto soccorso. La signora aveva un'embolia polmonare in corso. Poche ore e avrebbe potuto morire. Ora la donna sta bene. È passata con il marito per ringraziarci, con le lacrime agli occhi».

Due storie tra le tante che raccontano il fondamentale ruolo delle farmacie, luci della città in un panorama sanitario nel quale sempre più prevalgono le ombre. Lo abbiamo visto durante il Covid: i locali con la "croce verde" sono stati spesso i soli presidi di salute disponibili sul territorio, aperti al pubblico e alle sue esigenze. Lo vediamo sempre più ora, con il Servizio sanitario nazionale in crisi per la carenza di medici e di risorse.

Le oltre 20 mila farmacie presenti in Italia (una ogni 2.938 abitanti, più della media europea, dati Federfarma)

fanno molto di più che vendere medicine, integratori, cosmetici. Secondo un recente monitoraggio di Federfarma, i servizi più garantiti sono il monitoraggio di alcuni parametri, come la pressione, alcune analisi (test della glicemia, colesterolo, trigliceridi). Nel 77% è presente anche il Cup, sistema per prenotare visite ed esami. E nelle cosiddette farmacie rurali, quelle dei paesi con meno di 5 mila abitanti, ci si prende carico del cliente a 360 gradi. «La croce verde non è mai spenta, è come un piccolo faro che serve alle persone per orientarsi», spiega Simonetta Molinaro, farmacista in Valmarecchia (Rimini). «Da noi l'ospedale più vicino è a 8 chilometri di curve e nel pomeriggio non ci sono autobus. Per questo siamo il punto in cui si richiede una prima consulenza medica, il sostegno psicologico o il supporto nelle questioni burocratiche sanitarie».

La farmacia può trasformarsi anche in sentinella contro la violenza di genere, punto sicuro e accessibile al quale rivolgersi, per chiedere supporto in caso di difficoltà. Simonetta Molinaro, che è anche criminologa forense, ha ideato dieci anni fa il progetto "Il farmacista informato sui fatti". «È un corso che affina la capacità di osservare e ascoltare, che spiega quali sono le parole da dire e quelle che allontanano. Frasi tipo "Ma tu cosa hai fatto?", "Ma perché sei arrivata fino a questo punto?" fanno sentire la vittima non accol-



OGGI

ta. Noi non siamo psicologi, poliziotti, giudici, ma dobbiamo intervenire nel modo giusto e segnalare il centro anti-violenza più vicino, il pronto soccorso o le forze dell'ordine», spiega la farmacista, che condurrà il convegno "Violenza di genere: come approcciarla in farmacia" sabato 20 aprile a Bologna Fiere, durante Cosmofarma Exhibition 2024.

L'Associazione Farmaciste Insieme, invece, ha lanciato il progetto Mimosa, che ha coinvolto 19 mila punti-salute in Italia. «Obiettivo: informare le donne su cosa sia la violenza e su quali strumenti abbiano a disposizione per liberarsene, con informazioni e l'app Bright Sky di Fondazione Vodafone, che mette in contatto con i centri antiviolenza» spiega Angela Margiotta, farmacista e presidente dell'associazione, che interverrà al convegno di Bologna. «Sono tante le donne che chiedono aiuto in farmacia. All'inizio registravamo soprattutto aggressioni fisiche, ma dopo la pandemia è in aumento la violenza psicologica ed economica». Le farmacie sono anche rientrate nella catena dei "punti

viola" istituiti dall'Associazione DonneXStrada: luoghi pubblici, in grado di accogliere chi si sente minacciata in strada o è vittima di violenza domestica. Anche i giovani avrebbero scoperto un nuovo feeling con la farmacia, luogo di ascolto in cui trovare risposte. Lo evidenzia l'indagine sugli stili di vita degli adolescenti in Italia 2023, condotta su un campione di 5.670 studenti tra i 13 e i 19 anni, realizzata da Laboratorio Adolescenza e Istituto di ricerca Iard. I ragazzi vedono la farmacia del futuro come spazio

di confronto con un esperto di salute. «Dopo la pandemia hanno visto crescere insicurezze, fragilità e stati di ansia, ed entrano in farmacia con richieste che riguardano anche consigli per terapie», spiega la presidente di Federfarma Brescia Clara Mottinelli. Insomma, la farmacia oggi è un primo punto di riferimento per tutte le età. E presto diventerà un mini-ambulatorio di prossimità. Lo indica il disegno di legge Semplificazioni, appena approvato dal governo: i luoghi che esporranno l'insegna "Farmacia dei servizi" si prenderanno ancora più cura dei bisogni dei pazienti (senza sostituirsi al medico). Ci si potrà sottoporre ai vaccini previsti dai programmi per gli over 12, eseguire test pediatrici, organizzare l'assistenza domiciliare, sottoporsi a elettrocardiogramma, holter pressorio e cardiaco, eseguire analisi del sangue. La farmacia potrà consegnare dispositivi e farmaci per l'assistenza domiciliare, che ora si trovano solo in ospedale. Chi ha una patologia respiratoria potrà effettuare un tampone per aiutare il medico a stabilire il più corretto antibiotico. Infine, e non è poco, sempre nelle farmacie sarà possibile scegliere il medico di medicina generale o il pediatra, senza dover andare alla Asl a fare la fila. «Molti sono servizi che il 50% delle farmacie già offre, ma altri potranno aggiungersi e le prestazioni ora a pagamento saranno rimborsate dal Sistema sanitario nazionale. Così i cittadini per alcuni accertamenti avranno a disposizione una struttura in più a cui rivolgersi, vicino a casa e in alcuni casi aperta 24 ore su 24», conclude Ester Padovani, co-titolare del gruppo Bravi Farmacie.

OG

Enrica Belloni

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PER GLI ADDETTI AI LAVORI

A Bologna Fiere, dal 17 al 19 aprile ci sarà Exosanità 2024 (exosanita.it); dal 19 al 21 aprile si tiene Cosmofarma Exhibition (cosmofarma.com)



Difendono lo stomaco ma a rischio è il cuore

GLI OMEPRAZOLI NEGLI OVER 65 ELEVANO I PERICOLI CARDIACI. I MEDICI LO SANNO?

Sono numerosi i farmaci appartenenti agli inibitori della pompa dei protoni, noti anche come Ppi e con il nome generico di omeprazoli: si chiamano omeprazolo, lansoprazolo, esomeprazolo, pantoprazolo, rabeprazolo, e sono tutti per il trattamento dell'ulcera peptica, per contrastare il reflusso esofageo o per bloccare danni da medicine, per esempio l'aspirina, alla mucosa gastrica.

Sono farmaci molto utilizzati, ben 81,3 dosi standard (ddd) per mille abitanti al giorno, con una predominanza di utilizzo dalle donne (21,7%) piuttosto che dagli uomini (17,7%), con un'età mediana di 68 anni e con una spesa di 11,66 euro pro-capite. Come al solito esistono importanti variazioni regionali. Per esempio, in Campania si consumano 126 ddd per mille abitanti al giorno, mentre in Toscana sono solo 62 ddd, una differenza inspiegabile. Le regioni del Sud hanno consumi più alti (104,2 ddd/1.000 abitanti die) ri-

spetto al Nord (78 ddd) e al Centro (76,4 ddd).

Nella classificazione dei farmaci più venduti, il pantoprazolo si trova in Italia al 15° posto per spesa, ma è al 26° posto in Belgio, al 75° in Spagna, al 573° in Svezia e al 586° in Gran Bretagna: un'altra differenza inspiegabile. Purtroppo è difficile conoscere il rapporto di efficacia fra i vari Ppi perché non sono richiesti studi comparativi e ancora di meno sono note conoscenze sulla tossicità di questi prodotti.

GLI STUDI E I RISULTATI

È perciò benvenuto uno studio coordinato dall'Istituto Mario Negri (A. Foresta e altri, 2024) in collaborazione con la Regione Lombardia che ha valutato il livello di malattie cardiovascolari e di mortalità nei pazienti trattati con Ppi. Usando dati amministrativi venivano inclusi nell'analisi 284.068 pazienti sofferenti di diabete di tipo 2 dell'età eguale o maggiore di 65 anni, di cui il 50,6% erano consumatori di Ppi. I risultati sono stati preoccupanti visto che chi fa uso di Ppi rispetto ai non utilizzatori, in un periodo di 6,7 anni, mostrava un rischio superiore del 14% per un ictus ischemico, del 36% per l'infarto cardiaco e del 24% per la mortalità totale. I risultati rimanevano significativi anche

quando i gruppi di pazienti venivano confrontati a parità di condizioni di rischio.

Dati precedenti avevano anche indicato un aumento dei tumori gastrici nei pazienti esposti all'impiego di Ppi. Studi condotti in Australia, in Olanda e in Gran Bretagna confermano essenzialmente i risultati italiani condotti su gruppi più numerosi. Se estendiamo gli studi della Lombardia all'intero Paese il rischio totale delle malattie cardiovascolari e di mortalità aumenta almeno di 6 volte.

DOTTORI ATTENTI

È molto importante ricordare che queste informazioni non verranno diffuse dal mercato della medicina. Ancora una volta si estende un richiamo alla necessità di attivare una informazione indipendente per i medici e per il pubblico.

In attesa di sviluppare altre ricerche, si deve raccomandare ai medici molta prudenza nella prescrizione dei Ppi soprattutto nei soggetti anziani che spesso ricevono contemporaneamente anche molti altri farmaci.

OG

Sonia Diab



Guardia medica a peso d'oro

Il ricorso ai gettonisti, partito dai Pronto soccorso, si estende ad altri reparti
A Torino una società recluta a 720 euro a turno. Il flop dei bandi di assunzione

LA STORIA**ALESSANDRO MONDO
TORINO**

«**B**asta con i medici gettonisti, è una pratica inaccettabile, i cittadini meritano di essere curati da chi ha una specializzazione adatta. Senza gettonisti i medici torneranno nel servizio sanitario pubblico: serve un drastico cambiamento di corso».

Così tuonava il ministro Orazio Schillaci, appellandosi ai governatori durante la Conferenza delle Regioni ospitata a Torino. Era l'ottobre 2023: da allora la Sanità pubblica ha continuato a perdere medici, e infermieri, i gettonisti non sono mai spariti di scena. La Lombardia, che aveva deciso di fare piazza pulita, ed era partita di slancio, deve misurarsi con il Tar. Nelle altre regioni si traccheggia: qualche Asl è riuscita a ridurre il ricorso del personale a gettone, nessuna ha potuto emanciparsene. Non solo: il ricorso ai gettonisti, partito dai Pronto soccorso, si è progressivamente esteso a reparti che non hanno a che fare con l'emergenza-urgenza.

Così non sorprende che in questi giorni i medici torinesi siano raggiunti dalla mail seriale inviata da una

società, tra le molte su piazza, in cerca di personale per turni di guardia medica e interdivisionale presso gli ospedali di Ivrea, Cuorgnè (diurni, in orario 8-20) e Lanzo Torinese (notturni, dalle 20 alle 8): «È il professionista a indicare le disponibilità mensili e preferenza di presidio, la tariffa è di 720 euro a turno». Requisiti: specializzazione Medicina generale/Medicina interna, o esperienza di almeno 3 anni in ruoli analoghi». Si parte il primo maggio.

«La Medical Service Assistance ha vinto la gara per il servizio di assistenza medica per i gli ospedali di Ivrea, Cuorgnè e Lanzo e in particolare per garantire H24 l'attività a favore dell'accoglienza e ricovero dai pronto soccorso di Ciriè, Cuorgnè e Ivrea nei reparti di Medicina», conferma l'Asl Torino 4, alle prese con una decina di medici in meno rispetto al necessario.

Se 720 euro vi sembrano molti, nei pronto soccorso la tariffa riconosciuta è ancora più alta. Sapendo, come premesso, che ormai il discorso esula dal pronto.

In Piemonte, dal 2020 al 2021, solo quattro Asl non hanno fatto ricorso ai medici a gettone, spiegava recentemente il sindacato Anaa Assomed sulla base di un rapporto della Corte dei Conti: «I reparti con maggiore necessità di appoggiarsi alle coop sono il pron-

to soccorso, seguito dalla Pediatria, Ginecologia, Rianimazione e Radiologia. Se nel 2020 le specialità che dovevano esternalizzare erano 7, nel 2022 sono salite a 14. In particolare, dal 2022 compare la spesa di oltre un milione per la Psichiatria, che negli anni precedenti non c'era». Ma il fenomeno comincia a permeare anche l'Oncologia, la Nefrologia, l'Ortopedia, la Medicina interna.

Così in una regione che in cinque anni (2019-2023) ha pagato 34 milioni per ingaggiare personale sanitario "gettonista" - la terza in Italia per spesa sostenuta dopo Lombardia (56 milioni) e Abruzzo (51) -, e dove la speranza di trovare la soluzione al rebus è legata ad un nuovo bando, il più attrattivo possibile, per assumere smarcandosi dalle coop: il primo era stato un flop.

Secondo altri dati, risalenti a qualche mese fa, soprattutto nei Pronto soccorso un medico su dieci è in affitto. Almeno tre su dieci



LA STAMPA

negli ospedali più grandi e sotto organico di Milano, Venezia e Torino. In Lombardia, secondo i dati della regione, i turni gestiti dalle

cooperative sono oltre 45 mila, in Veneto 42 mila, mentre in Emilia Romagna ci si limita a circa 600 turni. E così via.

Chiara Rivetti, segretaria Anaa Assomed Piemonte, non ha dubbi: «Esterneizzare i turni rovina l'ambiente di lavoro: il senso di équipe e la possibilità di formare un gruppo affiatato

vengono meno con le prestazioni occasionali di medici che oggi ci sono e domani non più». Non aveva dubbi nemmeno Alberto Cirio, l'anno scorso, commentando l'appello del ministro: «Nessuno di noi è innamorato dei gettonisti, ne farei volentieri a meno, ma se l'alternativa è chiudere i reparti, allora dico che la salute dei cittadini viene prima». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Così su La Stampa



L'inchiesta pubblicata martedì racconta le difficoltà delle Regioni a smaltire le liste d'attesa nonostante i fondi stanziati dal governo mentre le famiglie si indebitano



STEFANO SARTI

I Pronto soccorso sono stati tra i primi reparti a ricorrere ai gettonisti





Dir. Resp. Marco Girardo

LA STORIA

Prima la leucemia e poi la laurea «Ho fatto pace»

ROBERTO PUGLISI

C'era una volta un bambino in una stanza d'ospedale. Guarì e, quando crebbe, diventò un medico, come coloro che lo avevano salvato. Andrea Cavallaro qualche giorno fa si è laureato in Me-

dicina, a Palermo, con una tesi che tratta di una patologia temibile: la leucemia.

A pagina 10

«Io, da paziente oncologico a medico Così ho fatto pace con il mio dolore»

«Non ho ricordi nitidi di quel periodo terribile, né di cose negative. Ma l'esperienza da paziente ha pesato nella vocazione di essere un dottore»

ROBERTO PUGLISI
Palermo

C'era una volta un bambino in una stanza d'ospedale. Aveva una brutta malattia, di quelle da cui si può anche non guarire. Ma lui guarì e, quando crebbe, diventò un medico, come coloro che lo avevano salvato.

Questa, però, non è una favola, ma una storia vera. Il dottore Andrea Cavallaro, qualche giorno fa, si è laureato in Medicina e chirurgia, a Palermo, con una tesi sulla oncematologia pediatrica che tratta di una patologia temibile: la leucemia. Lo stesso male di cui fu prigioniero, dai due ai dieci anni di età. Il correlatore della sua pubblicazione universitaria è Ottavio Ziino, il pediatra che lo curò in quella stanza d'ospedale, attraversata, come tutte le stanze d'ospedale, dalle paure e dalle speranze.

«Non ho ricordi nitidi di quel periodo terribile, non ho trattenuto le cose negative - dice Andrea, ora ventiseienne -. Ero molto piccolo, un bambino, appunto. Le immagini che conservo, può sembrare stra-

no, sono soprattutto felici. Le visite dei parenti, in corsia, il buonumore che c'era, per darmi coraggio... E papà e mamma che, dopo ogni esame, mi

regalavano dei giocattoli». Sono i frammenti di un passato collegato al percorso intrapreso anni dopo.

«Non è difficile riconoscere i segni della mia inclinazione professionale - continua Andrea -. La mia esistenza da paziente ha avuto una parte fondamentale nella vocazione di essere un medico, al servizio del prossimo. Mi è sembrato di chiudere un cerchio che si era aperto con la sofferenza, per approdare alla guarigione. Ora,

voglio dare una mano. Sicuramente un ruolo importante lo riveste la figura del dottor Ziino. Lui mi ha curato, mi ha assistito, è un amico di famiglia che ha dato molto coraggio a mamma e papà. Sono contento che abbia accettato di essere il correlatore della mia tesi. Il relatore è il professor Mario Giuffrè, la correlatrice è la dottoressa Serena Tropia». Ottavio Ziino è primario di Pediatria all'ospedale di Sciacca,

in provincia di Agrigento. «An-

drea è stato bravissimo - spiega -, ha affrontato un percorso umano arduo ed è diventato medico con pieno merito. È un ragazzo molto preparato, che seguirà la sua missione con amore, anche perché sa cosa significa trovarsi nei panni dei sofferenti».

Non sono pochi i cammini di rinascita che, a prescindere dalle rotte professionali, rappresentano un modo per fare pace con il dolore. La giornalista palermitana Cristina Arcuri le ha raccolte in un libro edito da "Torre del Vento": *Non avere paura, dodici storie di rinascita*. Il ricavato è devoluto all'Astli Odv, l'associazione dei genitori di bambini affetti da malattie oncologiche, in cura





nel reparto di Oncoematologia pediatrica dell'ospedale Civico di Palermo. Ilenia (nome che ricorre due volte), Giulio, Alessandro, Francesca, Rosalia, Delia, Cristina, Marina, Loredana, Gabriele, Manuel. Ecco gli ex bambini, rinati dopo la leucemia. Alcuni di loro, proprio come è successo di recente al dottor Cavallaro, hanno deciso di adoperarsi nella trincea della buona sanità. C'erano una e infinite volte i piccoli e grandi protagonisti di una battaglia che avrebbero preferito non combattere. E ci sono ancora. Qualcuno, purtroppo,

non sopravvive. Altri riescono ad aggrapparsi al futuro. Altri, da adulti ritornano nei luoghi che hanno conosciuto, lì dove hanno lottato strenuamente. E può accadere che indossino un camice per salvare vite, con la generosità di chi ha ricevuto un dono immenso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PALERMO

La storia di Andrea, prigioniero della leucemia dai 2 ai 10 anni. Oggi, 26enne, si è laureato in medicina con una tesi che tratta proprio la malattia da cui è guarito: «Ho voluto seguire le orme del pediatra che mi ha avuto in cura»



Il dottor Andrea Cavallaro

