



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 Giugno 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA

LA PROTESTA

Sanitari contro l'obbligo: "Falle nella legge, sospensioni illegittime"

GLI ORDINI PROFESSIONALI I NODI: DALL'USO OFF LABEL DEL SIERO ALLO SCUDO PENALE PER I VACCINATORI

» **Nataschia Ronchetti**

Il suo caso è probabilmente destinato a diventare un precedente. Sandro Sanvenero, presidente dell'albo degli odontoiatri di La Spezia, il 30 giugno spiegherà all'assemblea degli iscritti perché è convinto di non dover sospendere nessun dentista che ha violato l'obbligo vaccinale contro il Covid-19. "So di rischiare l'accusa di omissione di atti d'ufficio e che il ministero della Salute può commissariarci - dice Sanvenero -. Ma sono certo di essere nel giusto. Per questo ho convocato i colleghi che rappresento. Se poi non saranno d'accordo mi dimetterò. Ho riflettuto a lungo prima di prendere questa decisione. Ma il mio unico atto di fede è verso la religione, non certo verso un farmaco o un vaccino".

SANVENERO è l'unico ai vertici di una professione sanitaria a sfidare apertamente la normativa che obbliga tutti gli operatori della sanità a vaccinarsi.

Non è certo il solo, però, a metterla in discussione. "Sono in contatto con molti colleghi - dice -, e in tanti si stanno interrogando. Secondo l'impianto legislativo i sanitari si devono vaccinare per proteggere i soggetti più fragili. Ma i dati statistici ci dicono che le persone vaccinate si infettano più di quelle non vaccinate". Altri operatori hanno fatto a pezzi la recente legislazione. Per esempio, una sessantina di farmacisti iscritti all'Ordine di Torino: hanno sottoscritto la relazione di un collega impiegato nella farmacia ospedaliera di Pordenone, Fabio La Falce, che ha fatto le pulci ai decreti del governo e alle determinazioni dell'Aifa, l'agenzia nazionale del farmaco, durante l'assemblea del 24 maggio scorso. Lui si è sottoposto alla vaccinazione con il ciclo primario. Poi ha contratto il virus, si è ammalato ed è guarito e non ha fatto la terza dose. Per questo è stato sospeso. "Sotto il profilo giuridico non quadra nulla - dice La Falce -. Tutti noi farmacisti, che dobbiamo assicurare l'appropriatezza prescrittiva, ce ne siamo accorti. Ma abbiamo voluto crederci, abbiamo taciuto spe-

rando che le cose comunque funzionassero. Non possiamo più fare finta di nulla".

COSA non ha funzionato? In Italia tutti i farmaci possono essere impiegati solo sulla base delle indicazioni terapeutiche prescritte nel bugiardino. E tutti i 5 vaccini contro il Covid che sono stati autorizzati in Italia sono indicati per la prevenzione della malattia. Nessuno lo è invece per la prevenzione della trasmissione del virus. "Eppure - spiega La Falce - l'articolo 4 del decreto legge 44 del 2021, che ha introdotto l'obbligo, dice che i sanitari devono essere vaccinati per non trasmettere il virus". La vaccinazione eterologa - vale a dire, prima dose con un vaccino, seconda dose con un altro tipo di vaccino - e la terza dose, inoltre, secondo i farmacisti torinesi sulla base delle leggi vigenti non avrebbero potuto ottenere il via libera. La terza dose, almeno, non per tutti i percorsi immunologici previsti. Sono state autorizzate come *off label*: come farmaco che viene impiegato per una indicazione non prevista nel bugiardino. Nelle

schede tecniche delle case farmaceutiche, da Pfizer Biontech a Moderna, non c'è traccia di eterologa e richiamo.

L'INDICAZIONE *off label* è stata data in base alla legge 648 del '96, che regola la materia. "Solo che la stessa legge impone la realizzazione e la pubblicazione di due studi a supporto dell'impiego non indicato nel bugiardino e questi studi non sono mai stati fatti", precisa La Falce. La norma, inoltre, prevede l'aggiornamento dell'elenco dei farmaci *off label*, che sul sito della stessa Aifa non c'è stato. A norma di legge, quindi, né l'eterologa né il *booster* avrebbero potuto essere somministrati. Ricostruzione con l'incognita sulla legittimità dello scudo penale assicurato ai medici vaccinatori in caso di reazioni avverse alla somministrazione. "E nei Cts anti-Covid non c'è mai stato un farmacista - ricorda La Falce -, che se ci fosse stato si sarebbe accorto di queste falle".

**DISSENSO
SI STANNO
MOBILITANDO
ODONTOIATRI
E FARMACISTI**



Non è finita
Un presidio dei sanitari anti-obbligo a Roma nell'aprile '21
FOTO LAPRESSE



CORTOCIRCUITO MINISTERO

“Multe da no vax,
ma ero esentata”

► RONCHETTI A PAG. 15



COVID-19 • La Storia Cortocircuito del ministero della Salute

“Sono esentata dal vaccino, però
mi multano e vessano lo stesso”

E necessario avere lo *Spido* o la carta di identità elettronica. E poi bisogna possedere un indirizzo *pec* (posta elettronica certificata), che non tutti sono tenuti ad avere. Fatta questa premessa, servono molto tempo e molta pazienza per dimostrare al servizio sanitario che si è titolari del certificato di esenzione al vaccino. Lo stesso servizio sanitario che quel certificato lo ha rilasciato. Paradossale. Eppure è così.

Tutti gli italiani che per motivi di salute hanno ottenuto l'esenzione dal vaccino anti-Covid (sono oltre 100 mila), se di età superiore ai 50 anni hanno ricevuto comunque dal ministero della Salute la comunicazione di avvio del procedimento sanzionatorio per la violazione dell'obbligo vaccinale. Vale a dire la multa da 100 euro per inadempienza, come previsto dal decreto leg-

ge 44 del 2021. Solo che l'onere di ricordare al ministero come stanno le cose, con montagne di certificazioni da recuperare ed esibire, spetta a loro. E devono farlo velocemente, entro il termine perentorio di dieci giorni. Una corsa a ostacoli.

“Io la sto vivendo come una grossa ingiustizia, anzi come una sorta di *mobbing* istituzionale - dice Cesira Scalco, 65enne di Roma -. Ma a questo punto se mi arriva lo stesso la multa oltre a denunciarlo, il ministero, lo cito anche per danni. Il dicastero dovrebbe essere infatti a conoscenza di aver realizzato una piattaforma digitale, il sistema *Ts*, che contiene tutti i dati inseriti dai medici di famiglia e relativi ai cittadini esentati.

Sarebbe bastato attingere a quella piattaforma. Invece...”. Quando arriva la comunicazione, comincia il calvario: perché il ministero impo-

ne di inviare all'azienda sanitaria di riferimento tutta la documentazione e poi di comunicare l'avvenuto invio all'Agenzia delle Entrate.

“Solo che ci vuole anche la posta elettronica certificata, che io non ho, e così mi tornava tutto indietro - spiega Scalco -. E allora, ore al telefono con l'Asl Roma 1, per cercare di parlare con un funzionario dell'ufficio protocollo. Una mattina in attesa, prima che mi dessero un altro indirizzo di posta elettronica. A quel punto ho scritto una email disperata, anche perché stavo malissimo, ero malata di Covid. Fortunatamente, essendo molto precisa, ho

conservato tutta la documentazione che mi è stata rilasciata da quando ho ottenuto l'esenzione, per una malattia autoimmune. da un medico



vaccinatore dell'ospedale San Camillo di Roma, lo scorso dicembre. Ma chi non l'ha conservata come fa?”

Potrebbe essere finita qui. Invece, ancora una volta, no. Perché spedita la certificazione, arriva lo scoglio del sito dell'Agenzia delle Entrate. Anche qui chiedono la *pec*. “E in ogni caso per una giornata intera, attraverso lo *Spid*, ho

cercato di entrare nell'area riservata senza riuscirci – prosegue Scalco –. Alla fine ho trovato un indirizzo per le comunicazioni urgenti e ho utilizzato quello. Ma mi chiedo: qualcuno ha pensato alle persone molto anziane?”

N. R.

VAIOLO SCIMMIE: “VACCINAZIONE DI MASSA ERRATA”

L'OMS “non raccomanda la vaccinazione di massa contro il vaiolo delle scimmie”. Benché i vaccini “anti-vaiolo forniscano una certa protezione, i dati clinici sono limitati, qualsiasi decisione sull'opportunità di utilizzare vaccini contro il vaiolo delle scimmie dovrebbe essere presa insieme dalle persone potenzialmente a rischio e dai sanitari che li assistono, caso per caso”.



FOTO ANSA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Per l'Oms il vaiolo delle scimmie «è emergenza»

La diffusione del vaiolo delle scimmie preoccupa l'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) tanto che sta valutando se si tratta di «un'emergenza internazionale». Proprio a questo scopo è stato convocato, per il prossimo 23 giugno, il Comitato di emergenza internazionale, che dovrebbe anche decidere sul cambiamento del nome della malattia. Intanto la Commissione europea ha finalizzato un contratto per l'acquisizione di 110mila dosi di vaccino, che saranno presto a disposizione dei Paesi membri che ne hanno maggiore necessità.



Sanità, oggi alla firma il contratto per 545mila dipendenti

Personale

Aumenti fra 54 e 98 euro
e indennità Covid da 63-73
euro per gli infermieri

Potrebbe arrivare la firma sul contratto 2019/2021 dei 544mila dipendenti della sanità. Una firma dal valore pratico, che produce sullo stipendio base aumenti fra i 54 e i 98 euro lordi al mese a seconda della posizione economica; ma anche dal valore simbolico, perché il contratto mette in campo quell'indennità aggiuntiva che la legge di bilancio 2020, quella del governo Conte-2, aveva finanziato per premiare la categoria schiacciata dall'emergenza Covid: si tratta di un extra mensile fra i 62,81 e i 72,79 euro, che porta quindi a oscillare gli aumenti dai 117 ai 171 euro al mese.

A spianare la strada verso l'accordo che si dovrebbe trovare oggi fra Aran e sindacati è stata l'intesa sui fondi aggiuntivi che ha portato all'atto di indirizzo-bis della scorsa settimana (Sole 24 Ore del 7 giugno) con cui le risorse per il contratto sono arrivate a 1.256 milioni per finanziare anche i nuovi ordinamenti professionali e il mini-sblocco dei fondi accessori. Fra gli ultimi ritocchi in arrivo anche la previsione che dovrebbe bastare la laurea trienna-

le, e non quella magistrale come nelle precedenti bozze del contratto, per accedere a incarichi e posizioni organizzative. Una mossa, questa, chiesta a gran voce dai sindacati per evitare di escludere da questa chance gli infermieri, titolari della laurea triennale come richiedono gli ordinamenti.

Dopo una riunione che ha impegnato Aran e sindacati per tutta la giornata di ieri oggi dovrebbe essere quindi la giornata degli ultimi correttivi di dettaglio e dell'arrivo al traguardo di un testo che in linea con le previsioni della manovra rivede anche gli ordinamenti professionali e le carriere del personale sanitario.

Sul primo versante la nascita dell'area del personale «di elevata qualificazione», lo scalino tecnico immediatamente precedente alla dirigenza, porta a cinque i livelli del personale che si completano con «personale di supporto», «operatori», «assistenti» e «professionisti della salute». A scandire le carriere sul piano economico, secondo il meccanismo già costruito per ministeri, agenzie fiscali ed enti pubblici

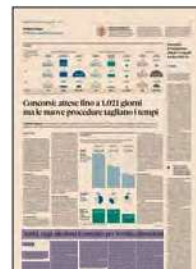
delle Funzioni centrali, saranno poi i «differenziali stipendiali» che anche in sanità sostituiranno le vecchie progressioni verticali. Le cifre collegate a queste «promozioni» cambiano a seconda dell'inquadramento, e valgono 500 euro per il personale di supporto, 600 per gli operatori, 850 per gli assistenti e 1.000 per i funzionari.

La firma di oggi non porterà però cambiamenti immediati in busta paga. Perché per far arrivare aumenti, arretrati e indennità Covid bisognerà attendere il via libera di Ragioneria e Corte dei conti: e l'esperienza recente delle Funzioni centrali (e di Palazzo Chigi, ancora in attesa del contratto 2016/18) insegna che bisognerà verosimilmente attendere l'autunno inoltrato.

—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Per far arrivare aumenti, arretrati e indennità Covid servirà l'ok di Ragioneria e Corte dei conti



Contratto sanità, incarichi con bonus fino a 20mila euro

► Novità nell'accordo che può essere firmato oggi
Stipendi su di 170 euro lordi. Più permessi familiari

Andrea Bassi

Dopo le Funzioni centrali, arriva il rinnovo del contratto anche per i 600mila dipendenti della Sanità pubblica. A partire dagli infermieri. Oggi potrebbe arrivare la firma finale in calce al nuovo accordo che promette aumenti mensili fino a 98 eu-

ro lordi, ai quali per gli infermieri sarà aggiunta un'indennità di altri 72 euro lordi sempre mensili.

A pag. 16

IL NEGOZIATO

Infermieri, incarichi pagati con bonus fino a 20mila euro

► La novità nel nuovo contratto di lavoro che potrebbe essere firmato già oggi
► Gli stipendi saliranno di 170 euro lordi
Permessi a ore nell'ambito della legge 104

ROMA Dopo le Funzioni centrali, arriva il rinnovo del contratto anche per i 600mila dipendenti della Sanità pubblica. A partire dagli infermieri. Il tavolo del negoziato tra l'Aran, l'Agenzia che tratta per il governo, e i sindacati, è andato avanti per tutta la giornata di ieri. Oggi, se non ci saranno intoppi, potrebbe arrivare la firma finale in calce al nuovo accordo che promette aumenti mensili fino a 98 euro lordi, ai quali per gli infermieri sarà aggiunta un'indennità di altri 72 euro lordi sempre mensili. Insomma, fino a centosettanta euro in più per i livelli più

alti. Ma le novità del contratto sono molte. A partire dal nuovo ordinamento professionale che sarà accompagnato da un sistema degli incarichi rinnovato. Come era accaduto per i ministeri, anche nella Sanità ci sarà una nuova area delle «elevate professionalità». Un'area alla quale si potrà accedere soltanto se in possesso di una laurea magistrale e se si ha un'esperienza almeno triennale nell'attuale area apicale. Chi entrerà nella nuova area potrà accedere a un incarico di "posizione". Ossia svolgerà funzioni organizzative e professionali caratterizzate

da livelli di competenza e di autonomia elevati, oltre a coordinare la propria attività e quella dei colleghi. Collegata a questo incarico di posizione, ci sarà una indennità annuale che



oscillerà tra un minimo di 10 mila euro lordi e un massimo di 20 mila euro sempre lordi.

Questi incarichi di posizione potranno essere assegnati anche al personale del ruolo sanitario, a partire proprio dagli infermieri. Chi otterrà l'incarico sarà un punto di riferimento nei processi di cura, riabilitativi, diagnostici e di prevenzione. Ma il sistema degli incarichi vale anche nelle altre aree. Solo che operatori, assistenti e professionisti della salute, non avranno degli incarichi di "posizione", ma di "funzione". Chi avrà un incarico di funzione avrà precise responsabilità nella gestione dei processi clinico-assistenziali. Per i «professionisti della salute», categoria della quale fanno parte gli infermieri, gli incarichi di funzione potranno essere di complessità "media" oppure "elevata". Nel primo caso daranno diritto ad una retribuzione aggiuntiva che potrà oscillare da un minimo di 4.500 euro lordi annui, fi-

no ad un massimo di 9.500 euro sempre lordi. Nel caso di incarichi di funzione di elevata complessità invece, la retribuzione extra oscillerà tra 9.500 e 13.500 euro lordi annui.

IL PASSAGGIO

Cambiano anche le progressioni orizzontali, gli scatti di stipendio legati all'anzianità e alla valutazione annuale. Tecnicamente vengono definiti "differenziali stipendiali". Nell'area più alta si avrà diritto durante tutta la vita lavorativa, ad un massimo di sette scatti stipendiali di un massimo di 1.100 euro lordi annui l'uno. In totale, insomma, durante tutta la carriera sarebbero 7.700 euro. Nell'area delle professioni sanitarie l'importo degli scatti scende a 900 euro, ma al massimo se ne potranno ricevere sei durante tutta la vita lavorativa. Per gli assistenti ci saranno invece sei scatti per un importo lordo annuo di 700 euro ciascuno. Che scendono a 600 euro

per per l'area degli operatori. 7 I sindacati durante le trattative di ieri, hanno ottenuto anche che i permessi della legge 104 per chi accudisce un disabile, possano essere fruiti non soltanto a giornate intere ma anche ad ore. Nel contratto, poi, entrano anche le regole sullo smart working e sul lavoro da remoto già introdotte per le funzioni centrali (ma che ovviamente non potranno essere applicate agli infermieri). Dopo il contratto della Sanità, rimarranno da firmare solo altri due accordi: quello degli Enti locali e quello della Scuola. Al momento quello più indietro è quest'ultimo.

Andrea Bassi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**DEFINITA LA SANITÀ,
SARÀ LA VOLTA
DEGLI ULTIMI DUE
COMPARTI DEL
PUBBLICO IMPIEGO:
ENTI LOCALI E SCUOLA**

Incrementi mensili dello stipendio tabellare

	Dal 1/1/2019	Dal 1/1/2020	Dal 1/1/2021
Professionisti della salute e funzionari	20,10	41,70	98,10
Assistenti	16,80	34,80	81,90
Operatori	14,50	30	70,60
Personale di supporto di classe A	12,40	25,70	60,40
Personale di supporto di classe B	13,60	28,10	66,20

Indennità di specificità infermieristica

	Dal 1/1/2021
Professionisti della salute e funzionari	72,79
Assistenti	66,97
Operatori	62,81



L'espedito per colmare la penuria di camici bianchi

Mancano medici? Gli ospedali li chiamano a gettone

Sardegna, Toscana, Veneto, Liguria: sempre più aziende sanitarie ingaggiano dottori a tempo. Pagandoli bene

CLAUDIA OSMETTI

■ Medici in affitto. Dottori a noleggio. Camici bianchi a gettone. Magari solo per tre mesi, cioè per l'estate o magari pure per meno. Che è sempre meglio avercelo così, uno specialista che ti visita, piuttosto che arrivare al pronto soccorso e trovare la corsia vuota. La carenza di professionisti della salute, nei nostri policlinici, è un problema che conosciamo bene: mica è iniziata col covid, ce lo trasciniamo da decenni. Il ricambio generazionale non è sufficiente, chi può rimanda la pensione fino all'ultimo giorno possibile e le paghe sono inferiori rispetto al settore privato (contro un carico di lavoro che, esattamente per le stesse ragioni, è invece molto più gravoso). Secondo le ultime stime (parliamo di maggio 2022, cioè dell'altro ieri) mancano almeno 10mila ospedalieri, 60mila infermieri e sui medici di base stendiamo un velo pietoso perché ne sono sprovviste 1,5 milioni di persone. Un po' come se in tutta Milano non si trovasse un dottore per rinnovare la ricetta della quetiapina della nonna. Basterebbe questo. E, infatti, in un certo senso, basta, visto che Asl, aziende sanitarie del territorio e unità dell'emergenza stanno correndo ai riparti.

FENOMENO IN CRESCITA

In Sardegna (a Oristano, ma anche a Bosa e a Ghilarza e a Nuoro e Carbonia e a Iglesias) è stato recen-

temente pubblicato un avviso per l'affidamento ai privati dei servizi di pronto soccorso: tempo contrattuale tre mesi (da luglio a settembre, quindi in piena stagione balneare) e poi chissà. Se va bene ci rivediamo l'anno prossimo: stessa spiaggia, stesso reparto. Le Ausl (le Aziende unità sanitarie locali) di Modena, Reggio Emilia e Ferrara, due settimane fa, han fatto lo stesso: hanno aperto i cancelli alle cooperative (le stanno ancora scegliendo) che forniranno ai loro pazienti medici e automediche. A Mirandola, nel Modenese, hanno coinvolto persino il punto nascita, è che non si trovano ostetriche e ginecologhe manco a mettere gli striscioni. Poi, però, sono saltati sulla sedia i sindacati, ma ci arriviamo. In Piemonte la metà delle strutture ospedaliere fa lo stesso, così come in Toscana. In Liguria la percentuale sale al 60% e in Veneto addirittura al 70: vuol dire che sette pronto soccorso su dieci, tra Verona, Vicenza e Padova, sono appaltati a professionisti esterni. Che lavorano a cottimo. Un giorno qui, quello dopo chissà.

La Simeu, al secolo la Società scientifica della medicina di emergenza e urgenza, stima che i dottori in affitto, ormai, siano circa 15mila e che eroghino, complessivamente, all'anno, qualcosa come diciotto milioni di prestazioni. Quindici milioni di prestazioni sono un esercito, non un'équipe. E diciotto milioni di prestazioni sono una marea (tra l'altro ben pagata), non una bazzecola.

OTTANTA EURO NETTI ALL'ORA

I compensi, per chi porta il proprio stetoscopio in servizio, viaggia-

no intorno agli ottanta euro all'ora più iva. Dipende dalle clausole contrattuali che ogni polo sanitario stila in maniera diversa (c'è chi riesce a scendere sui settanta e chi ne spende anche novanta, di euro): ma significa che, calcolatrice alla mano, per un turno di notte che magari dura anche dodici ore, si riesce a mettere assieme un gruzzolino niente male, di circa mille euro puliti puliti. Di questi tempi, con i rincari che han fatto schizzare su tutto, è oro (letteralmente) colato.

Però c'è un però. Che è quello che non va giù ai sindacati (ci siamo arrivati) che in Emilia Romagna (ma anche nel resto del Paese) si dicono preoccupati e non lo nascondo. «Ci sono due aspetti gravi», sbotta, per esempio, Ester Pasetti, della sigla Anaao Assomed, «non abbiamo garanzie sulla formazione delle persone che arrivano. E, anche se qualificate, non sono persone integrate nell'organizzazione». Tutto vero, ci mancherebbe. Che arriva Tizio, che ha appena finito il suo corso universitario e, ora che gli spieghi (banalmente) che radiologia è al primo piano e oncologia la seconda porta sulla destra, ha finito il turno e devi ricominciare da capo con Cacio. Tuttavia c'è anche l'altra faccia della medaglia: e cioè che un medico nuovo, seppure giovane, seppure inesperto, seppure non rodato con la squadra dell'ospedale, è sempre meglio di niente. Perché poi, quando mancano per davvero, i camici bianchi, son dolori.



Il dossier Sanità: «Negli ospedali persi 25 mila posti letto»

L'allarme del Forum delle società scientifiche: ora si rischia il collasso, servono più investimenti

È bersaglio di acerrime critiche il servizio sanitario nazionale. Il Forum delle società scientifiche di clinici ospedalieri e universitari lo rimette sotto accusa con una sfilza di numeri negativi.

In 10 anni (dal 2010 al 2019) persi 25.000 posti letto di ricoveri ordinari, diminuiti gli istituti di cura da 1.165 a 1.054, prosciugata la platea dei dipendenti di oltre 42.300 unità. Ha raggiunto i 37 miliardi di euro il definanziamento della sanità: prima a soffrirne la rete degli ospedali. Oggi il fondo è risalito a 124 miliardi, 10 in più rispetto al 2019, con un incremento annuale che, non perde occasione di ricordare il ministro della Salute, Roberto Speranza, è superiore alle aggiunte precedenti. Nel 2019 si partiva con 10 miliardi in meno.

«Gli ospedali già erano al limite dei loro mezzi, fiaccati da anni di politiche miopi. Dopo la pandemia rischiano il

collasso», enumera i disastri l'oncologo Francesco Cognetti, coordinatore di Forum. Una delle conseguenze più visibili è la crisi cronica del pronto soccorso a corto di personale, coi medici che fuggono verso reparti meno penalizzanti. Il territorio resta povero di servizi di prossimità, vicini ai pazienti che, se ne potessero usufruire, non sarebbero costretti a cercarli altrove, nei luoghi deputati a trattare i casi gravi, le emergenze. Varie leggi sono intervenute per metterci le pezze, senza mai determinare una vera sterzata.

Una svolta potrebbe essere l'applicazione della riforma dell'assistenza territoriale, da realizzarsi con i fondi del Pnrr (Piano nazionale di ripresa e resilienza), contenuta nel decreto ministeriale approvato lo scorso 20 maggio dal Consiglio di Stato che lo ha definito «in grado di fornire risposte efficaci» e valide alternati-

vono all'ospedale.

Previste, tra l'altro la creazione di Case di comunità, il potenziamento delle cure domiciliari, l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, servizi digitalizzati, coinvolgimento di «tutti gli attori della sanità», farmacie comprese. Le Case di comunità sono i luoghi «fisici e di facile individuazione per i cittadini» dove lavorare in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti. Le più grandi devono servire 40-50mila abitanti.

Siamo vicini? È davvero una panacea? No, secondo Cognetti il piano «è insufficiente. Noi chiediamo più risorse, riuniamoci attorno a un tavolo per affrontare i gravi problemi. Il modello va rivisto e deve assicurare il collegamento fondamentale tra i luoghi di cura». La proposta di Forum è «ripensare i parametri in base ai quali definire il numero di letti ospedalieri». De-

vono crescere a 350 ogni 100.000 assistiti, fino a raggiungere la media europea di 500.

Per quanto riguarda le terapie intensive, lo scenario migliore sarebbe il superamento di 14 letti ogni 100.000 abitanti. All'inizio della pandemia erano la metà, dotazione che ci metteva in condizione di inferiorità rispetto ai Paesi europei più evoluti. Il decreto rilancio del 2020 ha stabilito il raddoppio.

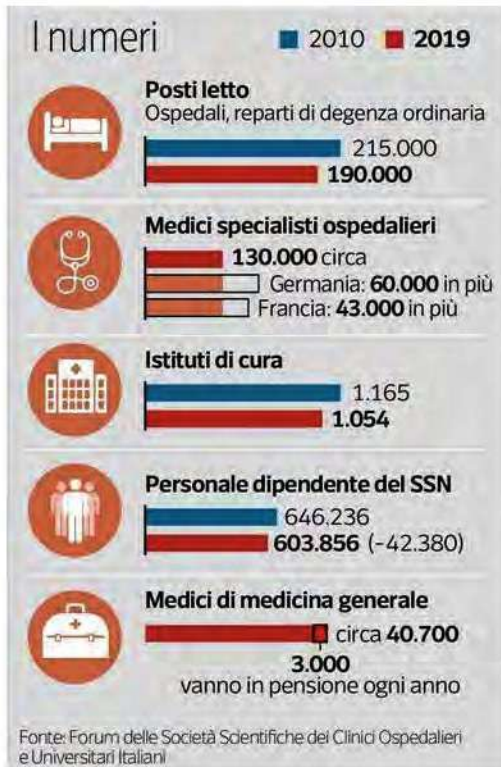
E adesso a che punto siamo? Quanti letti sono stati mantenuti, quanti ancora da realizzare? I dati mancano, oppure sono frammentati tra Regioni. Il ministero non è in grado di fornire il quadro nazionale aggiornato.

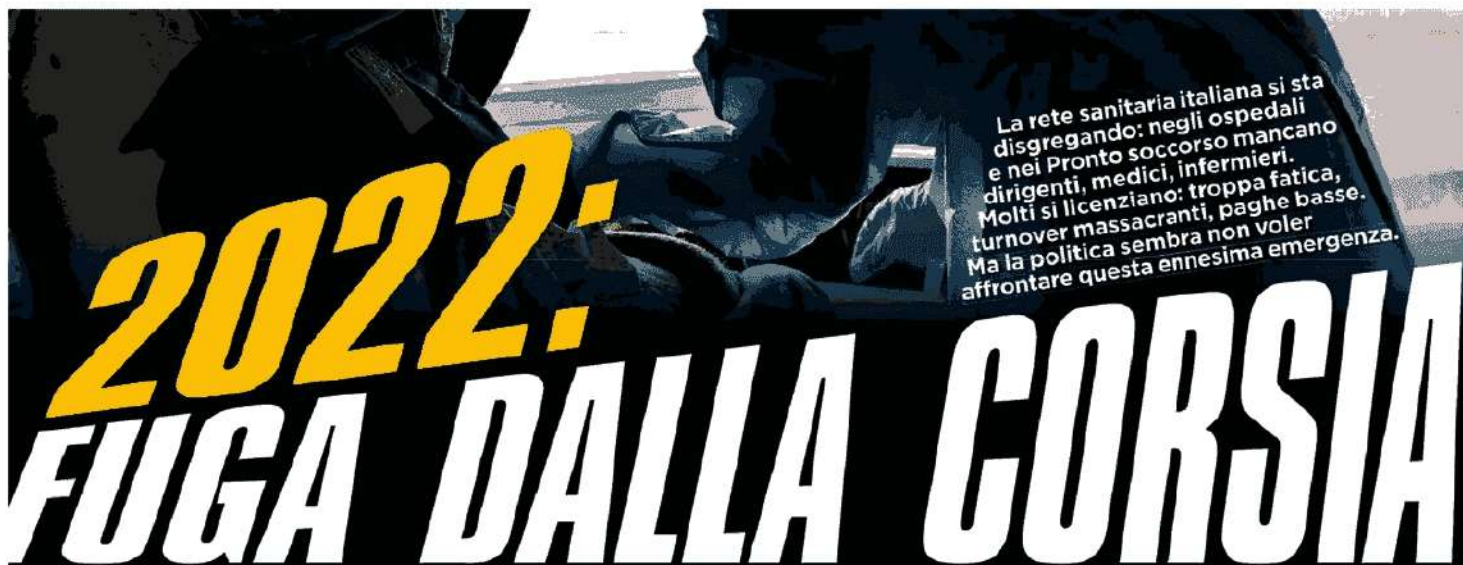
Margherita De Bac
mdebac@rcs.it

Cos'è

● Il «Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani» (FoSSC) è nato nel 2022. Lo coordina l'oncologo Francesco Cognetti

● Il FoSSC si pone come interlocutore delle istituzioni per contribuire a migliorare il sistema sanitario nazionale





La rete sanitaria italiana si sta disgregando: negli ospedali e nel Pronto soccorso mancano dirigenti, medici, infermieri. Molti si licenziano: troppa fatica, turnover massacranti, paghe basse. Ma la politica sembra non voler affrontare questa ennesima emergenza.

2022: FUGA DALLA CORSIA

di Simone Di Meo

Illa fine hanno gettato la spugna. Anzi, il camice. Dei 12 medici del Pronto soccorso dell'ospedale Sant'Antonio di Padova, a cui ogni anno si rivolgono circa 30 mila pazienti, tre hanno detto basta. Si sono dimessi. Altro che posto fisso, altro che dr. House. «Per salvare la vita agli altri, abbiamo perduto il diritto a vivere la nostra». Quelli rimasti devono far fronte al quadruplo della fatica. E non è un caso isolato. Altri li seguiranno.

Anno 2022, fuga dagli ospedali. Mancano dirigenti, medici, infermieri. La rete dell'accoglienza sanitaria, in Italia, si sta disgregando a un ritmo che terrorizza ordini professionali e sindacati, ma lascia indifferente la politica. Il ministro della Salute, Roberto Speranza, aveva garantito fondi aggiuntivi, definiti pomposamente «indennità accessorie per rinforzare la prima linea del Servizio sanitario nazionale», ma basterebbero appena per un aumento di 80 euro in busta paga. L'importo di una singola visita privata che ogni specialista può fare. Soldi che, detto per inciso, non sono nemmeno ancora arrivati.

Arrivano con puntualità, invece, le defezioni dei camici bianchi. Soprattutto quelli in servizio nei Pronto soccorso, e non solo a Padova. Quest'anno in 600 hanno scelto di dimettersi. In pratica, tre al giorno. È come se, ogni mese, chiudessero i centri di Medicina di emergenza e urgenza di cinque città medio/grandi. Entro il prossimo 31 dicembre, le unità mancanti saranno oltre 5 mila. Secondo i calcoli del Simeu, in 9 strutture su 10 almeno un medico di Pronto soccorso vuole lasciare il lavoro entro breve.

I motivi? Super lavoro e paghe basse. In Italia, lo stipendio medio di un medico è di 75 mila euro. Un collega di pronto soccorso guadagna invece un terzo in meno (54 mila). E affronta turni e responsabilità (anche giudiziarie) molto più gravosi. Si stima che ogni anno varchino la soglia di un Ps dai 21 ai 24 milioni di italiani. Una marea ingestibile.

Manca il turnover. Chi va via, non viene sostituito. E non è una questione di Nord e Sud. Tutto il Paese è nelle stesse condizioni. «In Lombardia i concorsi negli ultimi due anni sono andati mediamente molto male con una risposta inferiore al 20 per cento delle aspettative» dice Luciano d'Angelo, presidente regionale Simeu Lombardia. «Inoltre è evidente un fenomeno: i medici di nuova assunzione tendono a voler andare solo nei grandi ospedali delle grandi città mentre tutti gli altri sono fortemente penalizzati. A meno che non sia robusta la territorialità del candidato, si tende a non partecipare a concorsi per nuove assunzione di piccoli e medi ospedali dei piccoli e medi centri urbani».

A Roma stesso copione. Un concorso pubblico in forma aggregata, bandito dal San Giovanni Addolorata per reclutare medici per ben 10 aziende ospedaliere della Capitale, ha visto la partecipazione di appena 60 candidati su 125 domande. I vincitori sono stati 47, di cui 18 specialisti e 29 specializzandi. E questi ultimi hanno tutti rifiutato.

Al Cardarelli di Napoli, la struttura ospedaliera più grande del Meridione, l'ultimissimo bando per l'assunzione di sei medici nella sezione Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza è andato deserto. Un campanello d'allarme che segue la lettera di 25 camici bianchi che annunciano le prossime dimissioni se non verrà risolto il problema del «boarding»: ovvero, la prolungata permanenza nel dipartimento di pazienti sistemati su barelle e sedie di fortuna per mancanza di letti nei reparti di competenza.

«Sono malati che necessitano di assistenza come fossero in un reparto ospedaliero di ricovero» spiegano dal Simeu. «Assistenza che deve essere garantita dallo stesso personale di Pronto soccorso, distolto quindi dalla sua missione specifica». Quasi un ospedale su due nel nostro Paese presenta la stessa difficoltà.

Soluzioni? Una sembra essere l'affidamento di turni e aree di intervento a cooperative esterne. Ma i sindacati sono scettici. «Un neolaureato che aderisce a queste società può coprire un medesimo turno con me, senza nessuna competenza specifica, ma viene pagato fino a 4 o 5 volte di più», denuncia un operatore di Pronto soccorso. «Molti si licenziano dall'ospedale per aderire alle cooperative e, attraverso di esse, rientrare come

liberi professionisti negli ospedali dove lavoravano».

La struttura esterna opera come fornitore di servizi, arruola i medici «gettonisti» e trattiene una quota delle singole prestazioni. «Ma come fa il direttore del Pronto soccorso a garantirne il buon funzionamento? Come può garantire che il medico che arriva per la notte, mai visto e conosciuto, sappia quali sono le disponibilità dell'ospedale in cui opera?».

E mentre i Ps si spopolano, aumentano le lingue parlate in corsia. Per lo più spagnolo e portoghese: gli infermieri reclutati in Sudamerica. L'Uneba Lombardia, associazione di categoria del settore sociosanitario, ha firmato convenzioni con università del Perù, dell'Argentina e del Paraguay per rendere più agevole il trasferimento dei neo laureati nelle nostre strutture sanitarie. Le università italiane hanno inspiegabilmente messo il freno a mano alle iscrizioni per questa categoria professionale. Oggi gli infermieri sono oltre 446 mila, mentre gli iscritti ai corsi di laurea per l'anno accademico 2021-2022 sono appena 17.394.

Emblematico il caso del Veneto dove i sindacati hanno stimato una domanda di 4.290 posti a fronte dei 1.519 messi a disposizione dagli atenei. Situazione che, paradossalmente, è andata ad aggravarsi nel biennio infausto del Covid. I nostri atenei, infatti, non hanno accettato quasi 19 mila domande d'iscrizione al primo anno.

Nello specifico, per l'anno 2021-2022 ci sono state 17.394 iscrizioni su 27.658 domande presentate, per cui 10.264 non sono state accettate (37 per cento); mentre nel 2020-2021, solo 16.013 studenti erano stati ammessi ai corsi su 24.547 domande inoltrate con uno scarto negativo di 8.534 (35 per cento).

Le stime elaborate da Uneba dimostrano che se le università avessero accolto le richieste di tutti gli aspiranti infermieri, con il corso universitario di tre anni avremmo avuto oggi almeno 14 mila nuove unità. Utili per coprire i vuoti d'organico per i pensionamenti e garantire l'introduzione, con il Pnrr, della nuova figura dell'infermiere di

comunità che prevede un operatore ogni 3 mila cittadini.

«Con 59,5 milioni di abitanti in Italia questo significa quasi 20 mila nuovi infermieri» sottolinea il vicepresidente nazionale Uneba, Fabio Toso. «Inoltre, si prevede una casa di comunità-hub ogni 50 mila abitanti, e in ogni casa di comunità 7-11 infermieri. Con 1.200 nuove strutture di comunità, quindi, serviranno almeno altri 10 mila nuovi infermieri» prosegue. «La richiesta totale sale dunque a 30 mila nuovi paramedici, in un momento in cui si registra un'emergenza infermieristica già molto preoccupante».

Lo stesso vale per i corsi di Medicina a numero chiuso, anche se dal 2023 qualcosa dovrebbe cambiare con un allargamento delle maglie per consentire agli studenti di provare fino a quattro volte il test d'ingresso. Altri atenei, come Messina, hanno invece deciso di raddoppiare i corsi di laurea per assorbire una maggiore domanda.

In crisi pure branche specialistiche. Nel triennio 2019-2021 sono andati in pensione circa 4 mila medici specialisti ogni anno per un totale di 12 mila camici bianchi in meno. E non è tutto: secondo un recente studio Anaao, l'associazione dei medici dirigenti, dal 2019 al 2021 hanno abbandonato il lavoro circa 9 mila professionisti per dimissioni volontarie. Un esodo che solo in parte si spiega col fatto che all'estero un medico può arrivare a guadagnare uno stipendio medio di 8 mila euro al mese a fronte dei nostri 4-5 mila.

Che cosa fare allora? La risposta più giusta sarebbe attendere, ma non c'è tempo. Quelli che hanno ottenuto il contratto di formazione specialistica nel 2020 e 2021 (le borse sono state rispettivamente 14 mila e 18 mila), potranno essere utilizzati negli ospedali solo tra quattro o cinque anni.

I sindacati insistono sulla necessità, nell'immediato, di stabilizzare tutto il precariato creatosi durante la pandemia (9.409 unità) e contrattualizzare, per quanto necessario e possibile, quella platea di 15 mila specializzandi degli ultimi anni di studio che già da



subito potrebbero essere impiegati per dare aiuto nelle attività ospedaliere. Le proiezioni al 2025 stilate dall'associazione tratteggiano uno scenario in continuo peggioramento: entro due anni e mezzo mancheranno all'appello altri 16.700 medici specialisti. «Le carenze più elevate si osservano in Piemonte e Lombardia al Nord (2.004 e 1.921, rispettivamente), Toscana al Centro (1.793 medici), Puglia, Calabria e Sicilia al Sud e isole (1.686, 1.410 e 2.251)», si legge nel documento dell'Anaa.

Secondo i dati Eurostat, negli ospede-

dali italiani nel 2016 operavano circa 213 medici ogni 100 mila abitanti a fronte dei 264 in Francia, dei 237 in Germania, dei 227 in Spagna. Senza interventi rischiamo di precipitare a 181 medici ogni 100 mila abitanti. Chi curerà, a quel punto, la sanità malata? ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una delle soluzioni è chiamare in corsia medici «a gettone» da cooperative esterne. Ma questi vanno e vengono, senza conoscere gli ospedali

LE CARENZE DI MEDICI SPECIALISTI NELLE REGIONI ITALIANE (proiezione 2018-2025)

Abruzzo	601
Calabria	1.410
Campania	1.090
Emilia Romagna	597
Lazio: nessun deficit complessivo, ma carenze in Medicina interna e d'urgenza, Pediatria, Patologia clinica, Biochimica clinica, Psichiatria.	
Liguria	853
Lombardia	1.921
Marche	937
Piemonte	2.004
Puglia	1.686
Sardegna	1.154
Sicilia	2.251
Toscana	1.793
Veneto	501

Fonte: dati Anaa

Nei nostri ospedali la media è di circa 213 medici ogni 100 mila abitanti a fronte dei 264 in Francia, 237 in Germania, 227 in Spagna

Nessuno accetta
Pazienti anziani ricoverati all'ospedale San Camillo di Roma. Anche la Capitale soffre per la scarsità dei medici: un recente concorso voleva reclutare 125, ma si sono presentati meno della metà degli specialisti richiesti.





Camicci vuoti
Oggi circa 1 milione e mezzo di italiani si trovano senza medico di famiglia. Ed entro il 2027 si prevedono 35 mila pensionamenti.

Nella sanità del territorio hanno un ruolo chiave. Quando lo svolgono davvero. Invece (è l'accusa di molti pazienti) raramente visitano a casa e anche trovarli al telefono è una fortuna. D'altra parte sono pochi, e intrappolati nelle maglie del lavoro burocratico. E al momento della pensione, spesso non li sostituiscono.

di Maddalena Bonaccorso

Oberati di lavoro burocratico, «chiamati alle armi» dal ministero della Salute quando serve aiuto per la macchina sanitaria ma non supportati dalle stesse istituzioni, spesso accusati di essere i colpevoli della sofferenza dei Pronto soccorso. I medici di medicina generale sono l'ultimo tassello (e il capro espiatorio) di una sanità malata di pochi finanziamenti, poca programmazione, digitalizzazione nulla ed eccessiva burocrazia: non sorprende che nessuno più voglia intraprendere questa carriera. In Lombardia è stato pubblicato l'elenco degli ambiti territoriali carenti: ci sono 1.166 posti per medici di medicina generale e pediatri, quando nel 2021 ne mancavano «solo» 964.

Non va meglio nel Lazio, dove entro fine anno andrà in pensione il 25 per cento dei medici: la situazione è talmente grave che la Regione ha dato il via libera alle Asl per adottare provvedimenti straordinari, come permettere a ogni medico di raggiungere

i 1.800 assistiti e consentire di restare al lavoro anche dopo la pensione. Palliativi: già adesso un milione e mezzo di italiani è senza medico di fiducia (dato sottostimato, non tutte le regioni forniscono i dati); e spesso i pazienti che riescono a trovare il sostituto rischiano di doversi recare lontano da casa o di dover scegliere un professionista a fine carriera. E almeno altrettanti pazienti rimarranno sprovvisti di medico a breve, dato che entro il 2027 sono previsti più di 35 mila pensionamenti.

Non si troveranno i sostituti, perché ci sono poche borse di specializzazione per un mestiere che vede ridursi sempre più il «tempo di cura» a favore di lunghe pratiche per piani terapeutici e prescrizioni. «Servono finanziamenti che supportino i medici nella sburocrazizzazione» afferma Silvestro Scotti, segretario Fimmg (Federazione italiana medici di medicina generale). «Inoltre occorre, da parte delle istituzioni, un cambio di prospettiva: un medico deve

curare, non può ridursi a compilare moduli perché da parte dei decisori non viene riconosciuto il "valore" della firma del professionista, chiamato a codificare e giustificare ogni atto. Per un piano terapeutico occorre anche mezz'ora di tempo. Ovvio che poi ne risenta il funzionamento della macchina sanitaria».

E poi ci sono le accuse, tante, che arrivano dagli assistiti: perché a fronte di molti medici di famiglia che rispondono al cellulare, ai messaggi WhatsApp, alle mail, e hanno visitato anche in pandemia, ce ne sono tanti (troppi) che non l'hanno fatto: «Il mio medico è sparito» dice Raffaella C., 48 anni di Milano. «Ritiravamo le ricette attraverso la finestra del suo studio, senza essere visitati. Quando mi sono ammalata di Covid sono stata abbandonata a me stessa, era irraggiungibile, quindi per le cure ho dovuto ricorrere al Pronto soccorso».

E non è certo una deprecabile eccezione. Molti pazienti interagiscono solo con interminabili segreterie telefoniche, che sembrano fatte apposta per scoraggiare ulteriori chiamate, o con impersonali email che restano, per giorni, senza risposta.

C'è poi il problema delle quarte dosi di vaccino Covid: solo il 13,7 per cento della platea degli aventi diritto (fragili, ultra 80enni, immunodepressi) l'ha ricevuta: «Dobbiamo fare autocritica» ammette Scotti «perché se i medici di medicina generale tutti, forti del loro rapporto privilegiato con il paziente avessero informato e spinto di più, avremmo una situazione diversa. Ci sono medici che hanno vaccinato tutti i pazienti nella categoria e altri che non hanno immunizzato nessuno. Capisco le difficoltà burocratiche di organizzare le dosi Covid negli studi, ma così non va bene».

Esempi che screditano un'intera categoria, che dall'inizio della pandemia ha avuto un aumento del 300 per cento del lavoro. Secondo l'ultimo sondaggio commissionato da Fimmg, il 65 per cento dei medici del territorio ha offerto consultazioni telefoniche agli ammalati negli ultimi due anni, il 75 per cento dei pazienti dichiara di essere riuscito a contattarlo e l'81 di avere piena fiducia in lui.

Solo pochi giorni fa la Fimmg siciliana (nell'isola solo il 4,4 per cento degli aventi diritto ha fatto la quarta dose) ha chiesto a gran voce alla Regione di «prestare» agli studi medici il personale degli hub

ormai deserti, chiamando i pazienti, uno a uno: «Da soli è difficile portare avanti tutto il carico di lavoro» prosegue Scotti. «È vero, capita di non riuscire a rispondere al telefono perché magari sei stato interrotto tre volte durante una visita o mentre prepari un piano terapeutico, allora stacchi il cellulare».

Da qualche settimana anche i medici di medicina generale possono prescrivere ai malati di Covid l'antivirale Paxlovid, che può salvare i pazienti a rischio: «Ma occorre essere rapidi nella prescrizione e nella farraginoso burocrazia» conclude Scotti «perché il malato deve assumere il farmaco entro cinque giorni dai sintomi».

Continuando su questa china, salta anche il difficile equilibrio che consente al medico di medicina generale di svolgere il ruolo di «gatekeeper», ossia intercettare i malati gestibili a casa e tutelando il Ps dagli accessi inappropriati. «Nel Pronto soccorso che dirigo» racconta Massimo Geraci, primario del Civico di Palermo, il più grande Ps a sud di Napoli con 80 mila accessi l'anno, «il 75 per cento dei casi è rappresentato da codici verdi o bianchi, che spesso arrivano qui perché non riescono a trovare sul territorio un'assistenza adeguata».

Il circolo vizioso: se la medicina del territorio va in sofferenza, i danni si riversano a cascata sui pazienti, sulle guardie mediche, sui Pronto soccorso degli ospedali. Si attendono forti segnali, dalle parti del ministero retto da Roberto Speranza. Che, a dispetto del nome, di speranza finora ne ha data ben poca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«Un medico deve curare, non può passare gran parte del suo tempo a compilare moduli»

Silvestro Scotti segretario della Fimmg

+300%

Aumento del loro lavoro in pandemia



SANITÀ DIGITALE

L'obiettivo principale deve essere la semplificazione della burocrazia

Abbiamo tutto tranne la strategia

Con il Pnrr arrivano risorse per un sistema più omogeneo ed efficiente

GIANLUCA POLIFRONE

... Per ciò che riguarda il riordino e la digitalizzazione del sistema sanitario, l'Italia ha davanti un'opportunità difficilmente ripetibile. Contrariamente al passato, infatti, i processi di digitalizzazione non devono più essere condotti con il vincolo di invariabilità della spesa (vincolo che, di fatto, alimentava le disegualianze tra le Regioni più ricche e quelle meno) ma si potrà finalmente attingere a un fondo di 11,22 miliardi di euro, di cui 8,63 provenienti dal Pnrr. Si tratta di fondi che, allocati con logica e criterio sono assolutamente sufficienti per implementare l'evoluzione digitale del sistema ed avere

quindi una sanità più omogenea ed efficiente.

Per ottenere questi importanti risultati dobbiamo però partire da un presupposto: il digitale serve se è uno strumento di semplificazione dei processi e non rappresenta, invece, un elemento di complicazione. Esiste infatti il rischio che l'intero impianto della digitalizzazione sanitaria poggi su una strategia che genera confusione e frustrazione e non, come si vorrebbe, semplificare con l'obiettivo precipuo di efficientare.

Molti affermano che per fare un salto verso la sanità digitale sarà necessaria

un'opera di alfabetizzazione informatica del cittadino. A parere di chi scrive ciò non è strettamente necessario. Gli anni di pandemia hanno messo chiunque (anche nelle fasce di età più avanzate) nella condizione di dover familiarizzare con gli smartphone, e non solo come strumento di comunicazione. Le app dedicate all'internet banking, per esempio, costituiscono un esempio pratico e molto chiaro di come si possano gestire dati sensibili con sistemi rapidi e sicuri. Lo stesso possiamo dire per gli acquisti on line: un sistema altamente ingegnerizza-

to come quello di Amazon consente di accedere a un servizio in tempi molto stretti e con grande facilità di uso per il cittadino. Perché mai la maggioranza degli italiani che è in grado di fare acquisti e gestire il conto corrente via smartphone, non dovrebbe poter fare lo stesso con le infrastrutture digitali per prenotare e pagare visite, esami, accedere ai propri dati sanitari? La risposta, come spesso accade, dipende da una mancanza di visione strategica.

A oggi le energie si stanno concentrando sul fascicolo sanitario elettronico, il quale - pur essendo nato con le migliori intenzioni - rappresenta uno strumento gravato da più di una difficoltà strutturale. Innanzi tutto

l'implementazione dei fascicoli (che pure ha avuto un aumento importante in questo ultimo anno) con i dati sanitari, rimane largamente incompleta per la necessità di portare dalla carta all'archivio digitale una mole impressionante di dati. In secondo luogo, stante la vastità delle informazioni per ogni cittadino, sarà assolutamente necessario dare maggiore peso a un profilo sanitario sintetico, ove sono raccolte le informazioni fondamentali, questo sì utile per gli operatori in caso di emergenza. Ma c'è un altro punto di cui è necessario parlare ed è il

seguito: siccome il modello sanitario regionale ha mostrato la corda durante il periodo pandemico, dobbiamo cominciare a pensare allo Stato come coordinatore primo e garante ultimo dell'omogeneità dei processi sanitari, definendo standard, obiettivi minimi e dando le linee di politica sanitaria generale. Per fare ciò è necessario dotarsi di strumenti che siano egualmente diffusi sul territorio



IL TEMPO

e che siano realmente in grado di contenere i dati sensibili dei cittadini. Questo strumento esiste già ed è la carta d'identità elettronica il cui chip è, attualmente, vuoto. È l'esempio di come una burocrazia ridondante finisca con il complicare la vita al cittadino, anziché semplificarla. Oggi sempre più enti locali si appoggiano per l'erogazione dei servizi non alla carta di identità (come sarebbe intuitivo), ma alla tessera sanitaria. E così il documento di identità è diventato una sorta di documento utile giusto per fare i check in negli alberghi. L'identità digitale è invece "garantita" dallo SPID o dalla Carta nazionale dei servizi (CNS), per chi ne possiede una. L'attuale modello andrebbe decisamente superato a favore di una diffusione massiva della CIE, che

riportando su di sé il codice fiscale, potrebbe prendere il posto della tessera sanitaria. Operata questa prima semplificazione, anche unendo le due infrastrutture tecnologiche, gli sforzi si dovrebbero poi concentrare nella realizzazione dei servizi omogeni su tutto il territorio nazionale. Proprio su quel chip, oggi paradossalmente vuoto, dovrebbero essere inserite password e username di ogni cittadino/utente. Questa diverrebbe la infrastruttura tecnologica centrale, oltretutto già esistente, che si alimenterebbe proprio attraverso quella CIE oggi inutilizzata e che con un po' di visione strategica da parte del decisore

pubblico potrebbe diventare l'asse portante di quella rivoluzione ferma al palo oramai da troppi anni. In definitiva i processi di digitalizzazione in sanità sono utili e porteranno benefici. Ma la sensazione è che si sia partiti con il piede non proprio giusto, ed è un peccato. Digitale dovrebbe voler dire semplice e immediato. Nel nostro Paese, non è così. Dobbiamo chiederci, allora, se il problema sono i cittadini o i decisori

che, sembra persino impossibile, scelgono sempre l'arabesco quale linea per unire due punti.

Strumenti

La carta d'identità elettronica dovrebbe sostituire quanto prima la tessera sanitaria che è dotata di codice fiscale

L'alfabetizzazione degli italiani. Così come è accaduto per lo shop online e per l'internet banking i cittadini sapranno adattarsi anche nel settore della salute

La criticità

L'intero impianto da impostare potrebbe poggiare su uno schema che rischia di generare confusione a scapito dell'efficienza

8,63

Miliardi

La parte dei fondi per la digitalizzazione del sistema sanitario direttamente proveniente dal Pnrr

Digitalizzazione

Il 60% dei fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza voluto dall'Unione europea sarà dedicato allo sviluppo di nuove soluzioni per il miglioramento della pubblica amministrazione





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL CASO

Allarme cybersicurezza «Più rischi per la sanità»

ANGELO PICARIELLO

Due anni di pandemia e più di tre mesi di conflitto russo ucraino hanno portato alla luce tutti i rischi che ci sono sulla cybersicurezza sanitaria. Un problema emerso nel corso della pandemia in relazione alla protezione dei dati personali, al quale si è aggiunto in questi ultimi mesi, sull'onda della guerra, un ulteriore problema di sicurezza nazionale da tutelare.

La fondazione di analisi strategica Icsa in partnership con la Link Campus University, ha fatto il punto su "Cybersecurity e protezione dei dati personali nella sanità: un nodo strategico per l'interesse nazionale", nel corso di un incontro tenutosi presso la sala Gymnasium dell'ateneo romano, frutto di un anno di approfondi-

mento tecnico/scientifico, come ha sottolineato il vicepresidente di Icsa, il prefetto Carlo De Stefano, ex sottosegretario all'Interno del governo Monti. Uno dei nodi riguarda la protezione dei dati sensibili relativi alla salute da parte degli organismi sanitari pubblici e privati e degli esercenti la professione sanitaria. La Direttiva sulla sicurezza delle reti e dei sistemi informativi (Direttiva Nis) è il primo atto legislativo sulla sicurezza informatica approvato dalla Ue. Ora la cosiddetta direttiva Nis 2, spiega l'avvocato Angelo Tuzza, docente di Diritto sanitario all'università Unitelma Sapienza «dovrebbe inserire un preciso obbligo per le aziende, pubbliche e private, circa l'adozione di misure di sicurezza, con la previsione di responsabilità per i vertici aziendali in caso di inadempienza». Anche se, «bisogna stare attenti a non creare degli obblighi debordanti in capo alle piccole aziende», segnala il professor Cosimo Comella, responsabile del dipartimento tecnologie digitali di Icsa. Ma rafforzare gli

interventi è necessario, visto che il nostro Paese, nell'ultimo semestre è al secondo posto per attacchi subiti, insieme alla Spagna e dopo gli Usa, che da soli ne hanno subiti ben 28. Emanuele Gentili, condirettore dell'area cybersicurezza di Icsa, inquadra i contorni preoccupanti di una vera e propria attività criminale fatta di «attacchi strutturati, in larga misura con finalità estorsive, che puntano a installare un malware dopo aver attentamente studiato la vulnerabilità del destinatario». E tuttavia, rileva Gentili, «una normale attività di Cyber Hygiene sarebbe stata sufficiente a evitare gran parte degli attacchi». Chiamati a intervenire sono soprattutto l'Acn (Agenzia per la sicurezza nazionale) e il Garante per la protezione dei dati personali. I soggetti più vulnerabili sono i minori, che, annota Francesco Modafferi, dirigente del dipartimento realtà economiche produttive del Garante, «non possono essere esclusi dal mondo virtuale, ma vanno messi in condizione di capirne i rischi».

Uno dei nodi riguarda la protezione dei dati sensibili da parte di tutti gli organismi pubblici e privati





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA RELAZIONE 2020

Gli aborti in discesa, ma le pillole in crescita

La relazione annuale del Ministero della Salute sul 2020 parla di 66mila gravidanze interrotte (pari agli abitanti di una città come Viterbo) con una riduzione di oltre il 9% dall'anno precedente. Effetto della pandemia di Covid-19 e delle pillole abortive sempre più utilizzate.

Ognibene a pagina 14

Aborti in discesa, pillole in crescita Effetto Covid, più EllaOne e Ru486

FRANCESCO OGNIBENE

Meno aborti, più pillole abortive, meno obiettori. Sono i dati salienti della Relazione annuale al Parlamento del Ministero della Salute sulla 194, depositata dal ministro Roberto Speranza.

Gli aborti. Continua la diminuzione nel numero complessivo delle interruzioni volontarie di gravidanza (Ivg), al minimo con 66.413 aborti nel 2020, per una diminuzione del 9,3% sui 73.207 del 2019 (il calo era stato del 4,1% sul 2018). La parabola discendente iniziò dopo il record del 1983 (234.801 casi), con lo sfondamento al ribasso dei 100mila aborti nel 2014. Il fenomeno si spiega sia con il calo demografico sia con l'accresciuto consumo di "pillole del giorno dopo" (Norlevo) o "dei cinque giorni dopo" (ellaOne), catalogate impropriamente come "contraccettivi d'emergenza". 166mila aborti certificati equivalgono comunque a 182 al giorno e a una città di medie dimensioni (come Massa e Viterbo) mancata all'appello in un solo anno.

La pillola abortiva. È il fenomeno più rilevante che emerge dalla relazione, con un eclatante +11% in due anni: «Prosegue l'aumento del ricorso all'aborto farmacologico – si legge nel dossier ministeriale –: nel 2020 il Mifepristone (la Ru486 vera e propria, ndr) con successiva somministrazione di prostaglandine è stato adoperato nel 31,9% dei casi, rispetto al 24,9% del 2019 e al 20,8% del 2018».

Le altre pillole. I dati parlano chiaro: «Si può ipotizzare che l'aumento dell'uso della contraccezione d'emergenza (...) abbia inciso positivamente sulla riduzione del numero di Ivg», ma è proprio il ricorso crescente a farmaci dall'elevato contenuto ormonale che rende «indispensabile una corretta informazione per evitarne

un uso inappropriato». I dati parlano di 289.503 scatole di Norlevo nel 2020, in calo sul record di 325.690 del 2019 complici il lockdown. Per ellaOne il trend è invece in crescita continua: 266.567 nel 2020 contro le 145.101 di soli 5 anni prima (e le 259.644 del 2019).

Gli effetti della pandemia. Utile registrare la smentita sostanziale del Ministero, dati alla mano, delle insistite polemiche di quanti sostenevano che gli ospedali avessero limitato i servizi abortivi. Inserendo «l'interruzione volontaria di gravidanza tra le prestazioni indifferibili in ambito ginecologico» il Ministero ha fatto sì che il servizio non si fermasse. E oggi la relazione af-



ferma che «tutte le Regioni hanno reagito prontamente alla situazione» e «i servizi hanno riorganizzato opportunamente i percorsi Ivig con l'obiettivo di garantire le prestazioni».

Obiezione di coscienza. Infondato appare anche il ricorrente allarme su presunti ostacoli all'aborto per un numero di obiettori giudicato eccessivo. Anzitutto c'è un calo ormai da alcuni anni dei ginecologi obiettori: nel 2020 sono stati il 64,6% del totale (e-

rano il 67% l'anno prima). Ma il dato chiave è quello relativo ai carichi di lavoro per ogni non obiettore: «La rile-

vazione ad hoc effettuata dal Ministero evidenzia che nel 2020 il carico di lavoro medio settimanale di ogni ginecologo non obiettore è variato di poco rispetto agli anni precedenti». In dettaglio: «Considerando 44 settimane lavorative in un anno, il numero di Ivig per ogni ginecologo non obiettore è in media a livello nazionale pari a 1,0 Ivig a settimana, dato in leggera diminuzione». E i disservizi di cui si parla? Ascrivibili a problemi di funzionamento locali: «L'organizzazione dei servizi Ivig – chiarisce il Ministero – deve essere tale che

vi sia un numero di figure professionali sufficiente da garantire alle donne la possibilità di accedere all'interruzione volontaria di gravidanza. Questo dovrebbe essere garantito dalle Regioni».

Donne straniere. Prosegue l'allineamento delle abitudini con le italiane: «Dopo un aumento importante nel tempo – spiega il report – le Ivig tra le donne straniere si sono stabilizzate e negli ultimi anni hanno mostrato una tendenza alla diminuzione. Nel 2020 le Ivig effettuate da donne straniere rappresentano il 28,5% di tutte le Ivig» (29,2% nel 2019). Tuttavia «per tutte le classi di età le straniere hanno tassi di abortività più elevati delle italiane di 2-3 volte».

Minorenni. Il tasso di aborti-

ività nel 2020 è sceso a 1,9 aborti ogni 1.000 adolescenti – era 2,3 nel 2019 – «confermando un trend in diminuzione a partire dal 2004 (quando era pari a 5)». In termini assoluti gli aborti tra le minorenni nel 2020 sono stati 1.602, «pari al 2,4% di tutte le Ivig, dato in diminuzione rispetto al 2019», tra i più bassi in Europa occidentale.

IL DOSSIER

La relazione annuale del Ministero della Salute sul 2020 parla di 66mila gravidanze interrotte (pari agli abitanti di una città come Viterbo) con una riduzione di oltre il 9% dall'anno precedente

Gli obiettori in calo (64%, tre punti in meno in un solo anno) e ridotti carichi di lavoro per chi non obietta mostrano che disservizi locali dipendono solo da problemi organizzativi



05

Beta-talassemia, con nuova molecola 50% pazienti dimezza fabbisogno sangue

Dopo tre anni di trattamento con luspatercept, circa la metà dei pazienti riduce del 50% il fabbisogno di trasfusioni e il 12% ne ottiene l'indipendenza per più di due mesi. Questi due dei nuovi risultati dello studio Believe, presentati a Vienna nella prestigiosa vetrina dell'Eha 2022, il congresso dell'Associazione europea di ematologia. Il nuovo farmaco, rimborsato dall'Aifa nel 2021, permette di ridurre di oltre il 30% la necessità di sangue, con un grande miglioramento della qualità di vita, sottolinea una nota.

La beta-talassemia è una malattia genetica trasmessa da due genitori asintomatici o portatori sani, che colpisce circa 7mila persone in Italia, 5mila nella forma più grave, la 'major'. Richiede continue trasfusioni, ogni 2-3 settimane e per tutta la vita, con il rischio di incorrere in accumuli di ferro che possono danneggiare cuore, fegato e pancreas. Per questa ragione, devono essere assunti farmaci ferrochelanti, che a loro volta possono causare effetti collaterali. Lo studio internazionale Believe, già pubblicato sul 'New England Journal of Medicine', ha evidenziato come, su più di 300 pazienti con talassemia trasfusione dipendente, il 70% grazie a luspatercept ha ottenuto una riduzione iniziale del 33% del fabbisogno trasfusionale. I dati sono presentati oggi in una conferenza stampa virtuale, promossa da Celgene ora parte di Bristol Myers Squibb.

“Conosciamo più di 350 diverse mutazioni del gene beta-globinico che causano la malattia, ma dal punto di vista clinico le talassemie vengono classificate in forme trasfusione dipendenti (talassemia major) e in forme non trasfusione dipendenti (forme intermedie) - afferma Maria Domenica Cappellini,



già direttore dell'unità operativa di Medicina interna, responsabile del Centro malattie rare, coordinatore del nucleo malattie rare all'Irccs Fondazione Cà Grande ospedale Maggiore Policlinico di Milano –. La major colpisce circa l'80% dei pazienti, è la più severa e richiede una terapia trasfusionale continua, mentre le forme intermedie richiedono controlli periodici e occasionali trasfusioni in momenti particolari, come gravidanze, interventi chirurgici o infezioni".

"Nella forma più grave - prosegue - le manifestazioni della malattia si verificano già da neonati, con livelli di emoglobina molto bassi, aumento di volume di fegato e milza e rallentamento della crescita. Le intermedie si possono presentare invece più avanti nel tempo e con sintomi meno gravi. La causa principale che determina l'anemia grave e le manifestazioni cliniche è l'eritropoiesi inefficace, conseguenza del deficit di produzione delle catene globiniche che formano l'emoglobina. Il nuovo farmaco la riduce: di conseguenza diminuisce anche l'anemia. Ha un profilo di sicurezza tollerabile e rappresenta una prospettiva di enorme interesse come alternativa alla terapia tradizionale di trasfusioni e ferrochelazione".

"Dopo 3 anni di terapia - spiega Cappellini - il 50% dei pazienti ha raggiunto una riduzione delle trasfusioni del 50%, in ogni intervallo di 12 settimane, rispetto al 40% dei pazienti che avevano raggiunto questo endpoint dopo 1 anno. Il 12% dei pazienti, dopo 3 anni, ha ottenuto un'indipendenza dalle trasfusioni per più di 8 settimane, rispetto al 10,7% dopo 1 anno. Ovviamente la riduzione degli accessi in ospedale ha un importante impatto sulla qualità della vita".



"Luspatercept aveva dato ottimi risultati anche durante la fase due della sperimentazione clinica - dichiara Silverio Perrotta, responsabile della Up Ematologia e oncologia pediatrica dell'Università degli Studi della Campania 'L. Vanvitelli', responsabile del Centro per la diagnosi e cura delle Emoglobinopatie e del Centro Ern-EuroBloodNet - ma i dati che abbiamo ora ci permettono di garantirne la sicurezza a lungo termine. Il gruppo di pazienti dello studio Believe che aveva ricevuto il placebo si è unito a quelli in trattamento, per un totale di 315 pazienti che hanno ricevuto il farmaco. Tra questi, che hanno portato avanti il trattamento per tre anni, solo il 7% lo ha interrotto per effetti collaterali, che vanno dal dolore osseo, gestibile con blandi antidolorifici, agli eventi tromboembolici. In questo ultimo caso, però, è da evidenziare che i pazienti erano già a rischio, perché avevano subito l'asportazione della milza".

Luspatercept, evidenzia l'ematologa, "non sembra aver aumentato significativamente questo rischio. Non solo, sembra poter avere anche effetti benefici sulle ulcere malleolari, una complicanza comune, che in alcuni casi addirittura guarisce col farmaco, e sulle ossa, con un miglioramento del quadro di osteoporosi. Inoltre, permette di migliorare il problema del sovraccarico di ferro causato dalle trasfusioni, riducendo l'assunzione dei ferrochelanti. È quindi in grado di cambiare notevolmente la vita delle persone affette da beta-talassemia, con una riduzione importante dei periodi di assenza dal lavoro e una ricaduta minore sulle incombenze familiari. Oggi le indicazioni sono per gli adulti, ma c'è già un trial in corso per l'approvazione in fascia pediatrica, con età inferiore ai 18 anni: una grande prova della sua sicurezza. In molte Regioni italiane ci sono ancora delle difficoltà nella prescrizione nei pazienti adulti trasfusione dipendenti, ma presto sarà disponibile in tutto il Paese".





Recenti studi finlandesi provano la correlazione tra danni coronarici e disturbi cerebrali. Tante le patologie che interessano entrambi gli organi

LA RICERCA

Il nostro cuore va tenuto in forma E ci vuole cervello

La prevenzione, specie negli anziani, richiede interventi multipli (stile di vita, alimentazione, terapia delle varie patologie) che permettano di ridurre il rischio sia cardiovascolare che cerebrovascolare.

Numerosi sono gli studi clinici su questo argomento, che hanno però dato risultati differenti e spesso contrastanti tra loro. Sull'ultimo numero dell'*European Heart Journal*, Jenni Lehtisalo ed i suoi colleghi dell'Istituto di Medicina dell'University of Eastern Finland di Kuopio (Finlandia), hanno pubblicato uno studio effettuato sulla popolazione del Finnish Geriatric Intervention Study. Sono stati analizzati 1259 soggetti di età tra i 60 e 77 anni

. A metà di essi è stato effettuato un periodico controllo multifattoriale consistente in interventi sulla dieta alimentare, sull'attività fisica e mentale (attraverso esercizi fisici e mentali appositamente programmati) ed inoltre un controllo periodico del sistema cardiovascolare. L'altra metà ha invece proseguito la sua normale attività quotidiana con i normali eventuali controlli dal medico di fa-

miglia.

GLI INCIDENTI

Dopo poco più di sette anni si sono visti i risultati: gli incidenti cerebro-vascolari (ictus ed attacchi ischemici transitori) erano ridotti del 29% nel gruppo d'intervento rispetto ai soggetti di controllo. Gli attacchi cardiaci (infarto miocardico, angina instabile, angioplastiche coronariche o by pass) erano invece ridotti del 16%. Ancora più interessante il fatto che nei soggetti che già all'ingresso dello studio avevano una storia di malattie cardiovascolari, il vantaggio di un controllo dei fattori di rischio era decisamente più alto.

Gli incidenti cerebro-vascolari si riducevano infatti del 50% circa, e quelli cardiovascolari addirittura di quasi il 60%.

Numerosi sono gli studi sulla importanza di un attento controllo degli stili di vita per ridurre la mortalità cardiovascolare. L'European Collaborative Trial of Multifactorial Prevention pubblicato sulla rivista *Lancet* alcuni anni fa aveva analizzato i dati di oltre 60.000 soggetti tra i 40 e 59 anni in 80 città europee valutando che un attento controllo dello stile di vita riduceva

del 10% il rischio di eventi coronarici e del 5% la mortalità a sei anni.

Come evidente dallo studio attuale, un simile controllo, applicato ad una popolazione decisamente più anziana, ha portato un risultato decisamente migliore non soltanto sul cuore, ma anche a livello cerebrale. Peraltro è provata da numerosissimi studi la correlazione tra cuore e cervello.

GLI ATTACCHI

Numerose patologie del cuore possono interessare il cervello: pensiamo ad esempio alla fibrillazione atriale che, se non curata, può portare ad attacchi ischemici cerebrali acuti come un ictus oppure a microembolie asintomatiche che possono portare alla demenza.



Viceversa stress importanti ed anche altre malattie del cervello possono causare danni al cuore come aritmie o patologie simil-infartuali. Un corretto stile di vita ed una prevenzione dei fattori di rischio proteggono cuore e cervello in particolare negli anziani ed in coloro che hanno già avuto danni vascolari.

Antonio G.Rebuzzi
*Professore di Cardiologia
Università Cattolica Roma*

**LA FIBRILLAZIONE
ATRIALE RISCHIA
DI CAUSARE ICTUS,
GLI STRESS IMPORTANTI
POSSONO FAR INSORGERE
ARITMIE O INFARTI**

I NUMERI

660

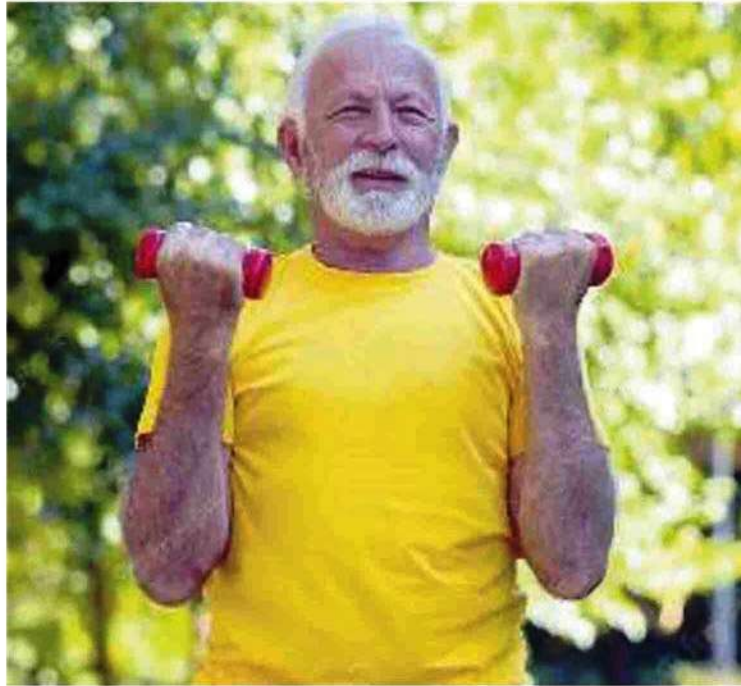
i casi di ictus che si contano ogni giorno in Italia: 25% perde la vita e il 50% non recupera autonomia

3

le malattie più frequenti tra gli over 65: ipertensione, diabete e patologie cardiovascolari

150

mila i casi di infarto che si contano ogni anno in Italia tra le persone che hanno più di 60-65 anni



La prevenzione ha effetti benefici anche in chi ha più di 65 anni





Salute
&
Benessere

Dal jogging alle pedalate in bici: il post-pandemia segna un boom dell'attività sportiva. L'importante è non eccedere, riscaldare i muscoli, idratarsi e fare una ricca colazione

PREVENZIONE

La smania da fitness ha bisogno di regole

Sarà perché la pandemia ci ha "costretti" sul divano per troppo tempo o semplicemente per quei rotolini accumulati durante l'inverno, oggi in molti hanno deciso di riprendere o cominciare per la prima volta a fare attività sportiva. Dal semplice jogging al parco alle lunghe pedalate in bici fino ai corsi di acquagym, alle partite a padel o a calcetto. Smanie per la villeggiatura.

Le palestre registrano un vero e proprio boom di iscrizioni, come segnala Fitprime, azienda che raggruppa oltre 2500 centri sportivi in tutto il Paese: tra corsi reali e virtuali, gli italiani stanno dimostrando di avere una grande voglia di riprendere a fare sport e anche di provare a fare attività nuove. Tuttavia, cominciare o ri-cominciare non è affatto

semplice per tutti.

Secondo una ricerca condotta da Human Highway per Assosalute, Associazione nazionale farmaci di automedicazione, se è vero che più di 9 italiani su 10 reputano la pratica sportiva fondamentale per la propria salute fisica e mentale, quasi 1 su 2 fa fatica a riprendere i ritmi pre-pandemia. Soprattutto i più giovani e gli under 65, i più colpiti da questi due anni di emergenza Covid-19. Non solo.

GLI IMPREVISTI

La ricerca mostra anche che, tra coloro che riprendono a fare attività fisica, ben 9 su 10 si ritrova alla fine a essere vittima di piccoli imprevisti e incidenti. Colpa soprattutto della scarsa attenzione alla prevenzione e dall'eccessivo entusiasmo con cui si inizia a pra-

ticare uno sport dopo un lungo periodo di inattività. Ma riprendere a fare attività fisica in sicurezza si deve e si può.

Basta seguire poche semplici regole, valide sia per i giovani che per gli adulti e gli anziani. Da ora alla fine dell'estate quando saremo più allenati. A elencarne qualcuna è Michelangelo Giampietro, specialista in Medicina dello Sport e in Scienze dell'Alimenta-



zione (si possono cercare nel sito semplicemente salute.it).

La prima indicazione dell'esperto è quella di fare precedere l'allenamento con il riscaldamento e, per la stragrande maggioranza è una novità, di concluderlo con il defaticamento «che ripresenta gli stessi esercizi del riscaldamento ma aiuta a decontrarre la muscolatura e a passare a una fase di rilassamento», spiega Giampietro. Altra regola è di rimanere ben idratati, bevendo piccoli sorsi durante l'intera giornata e durante la pratica sportiva. «Se l'attività supera i 60 minuti - suggerisce Giampietro - può essere necessario aggiungere all'acqua un po' di zucchero e sale da cucina, oppure 250 ml di succo di frutta di buona qualità (con almeno l'80% di frutta), 750 ml di acqua e 1 grammo di sale fino».

I BISCOTTI

Sebbene non esista una indicazione precisa nel praticare un esercizio fisico (molti preferiscono la mattina, altri la sera), l'esperto raccomanda di non allenarsi mai a digiuno, ma fare sempre una prima colazione o uno spuntino, prevalentemente ricco di carboidrati.

E, nel momento in cui l'allenamento

è molto lungo e con elevata intensità, secondo l'esperto, è importante prevedere uno spuntino glucidico (frutta essiccata, biscotti o dolcetti da forno). «Soprattutto se l'esercizio fisico è intenso, è importante curare l'alimentazione anche post allenamento, poiché è in queste ore che l'organismo ottimizza al massimo le fasi di recupero post sforzo fisico», sottolinea Giampietro.

Quarta regola (troppo spesso non rispettata) è di utilizzare un abbigliamento comodo e idoneo alla tipologia di esercizio. In particolare, «è necessario essere coperti il meno possibile per permettere alla sudorazione di evaporare, compatibilmente con le condizioni metereologiche».

Le calzature, poi, devono essere scelte sulla base dell'attività da praticare e nel caso in cui ci fossero alterazioni morfologiche del ginocchio (valgismo o varismo) o del piede (valgo, varo, piatto o cavo) è sempre bene rivolgersi ad uno specialista e capire se utilizzare plantari ad hoc da applicare all'interno di una scarpa, cosiddetta, "neutra".

LE ECCHIMOSI

Anche la scelta dei calzini non è indifferente: «Non utilizzare

quelli troppo consumati perché potrebbero facilitare la comparsa di abrasioni, ecchimosi e vesciche, impedendo di proseguire l'attività», sottolinea Giampietro. Infine, si raccomanda di fermare l'allenamento in caso si avverta dolore durante la pratica.

«La semplice cefalea, dolore muscolare, dolore al petto o le vertigini sono tutti segni di allarme che indicano la necessità di interrompere l'attività. È dunque importante ascoltare il proprio corpo e fare attenzione alla percezione soggettiva dello sforzo fisico che una determinata attività richiede», aggiunge Giampietro.

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'ABBIGLIAMENTO DEVE ESSERE COMODO: MEGLIO COPRIRSI IL MENO POSSIBILE PER FAR EVAPORARE IL SUDORE

VANNO UTILIZZATI CALZINI
NON TROPPO CONSUMATI
POTREBBERO FACILITARE
LA COMPARSA
DI VESCICHE
IMPEDENDO L'ATTIVITÀ





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

LA MORTE DEL 46ENNE DI FERMIGNANO DOPO LA SOSPENSIONE DELLE CURE E LA SEDAZIONE

L'arcivescovo: «Ho affidato Fabio a Dio»

Tani ha telefonato alla mamma di Ridolfi: «Era molto provata per tutti questi anni di sofferenza»

ROBERTO MAZZOLI

È deceduto poche ore dopo la sedazione profonda avviata lo scorso 13 giugno in seguito alla revoca del consenso alla nutrizione e alla idratazione artificiali. Fabio Ridolfi, quarantaseienne di Fermignano, in provincia di Pesaro-Urbino, era immobilizzato da diciotto anni a letto a causa di una tetraparesi. Nei mesi scorsi tramite l'Associazione Luca Coscioni, che patrocinava il suo caso, aveva richiesto all'Azienda sanitaria regionale (Asur) delle Marche di poter accedere alla "morte medicalmente assistita".

Tuttavia, in assenza di una legge nazionale dai contorni certi, la sua domanda era stata respinta. Sulla vicenda interviene monsignor Giovanni Tani, arcivescovo di Urbino-Urbania-Sant'Angelo in Vado, che nei giorni scorsi ha telefonato alla madre di Fabio per esprimere vicinanza e affetto.

Monsignor Tani, cosa pensa della vicenda di Fabio?

Si tratta di una situazione umana molto dura e dolorosa. Fabio è stato chiamato ad una prova di vita estremamente difficile. La Chiesa crede che la vita sia un dono di Dio e che

nessuno di noi possa prendersi il diritto di togliersi questo dono. Però di fronte alle situazioni concrete ci deve anche essere uno spazio di riflessione, di mistero e di rispetto. Per cui occorre fare un passo indietro e da parte mia, pur ribadendo una precisa visione della vita, ritengo che sia necessaria la preghiera da fare con insistenza, anche perché il Signore, proprio in questi momenti è presente: non è assente, non si ritira ma rimane accanto a chi soffre.

Qual è la sua posizione sul tema dell'autodeterminazione e della libertà?

Mettere insieme il mistero della libertà di Dio e il mistero della libertà dell'uomo in queste circostanze ci impegna in una riflessione approfondita e in una preghiera rispettosa. Certamente il discorso della misericordia di Dio e del mistero della morte e resurrezione devono essere richiamati anche in questa circostanza affinché sia affidato tutto al Signore perché solo lui può accogliere fino in fondo questa situazione.

Lei ha voluto anche telefonare alla mamma di Fabio.

La mia è stata una telefonata di vicinanza a mamma Cecilia. Ho sentito una donna molto provata per tutti questi anni di sofferenza. Mi ha detto che suo figlio non è mai stato lasciato solo un momento anche se la

vicinanza è stata soltanto nell'ambito familiare perché Fabio non ha voluto accogliere altre persone e anche questo è un segnale di una difficoltà e di una sofferenza. Le ho detto che avrei pregato per questa situazione e avrei affidato Fabio al Signore affinché fosse lui a tenerlo per mano. Da tempo come comunità cristiana ci siamo resi presenti con la famiglia Ridolfi grazie ad alcune persone e laici ma anche attraverso il suo parroco. La famiglia ha chiesto che fosse celebrato il funerale nella chiesa parrocchiale di Fermignano. La raccomandazione e l'invito mio e del parroco è che questo momento non diventi un'occasione per manifestare idee e ideologie che siano diverse da un clima di preghiera per Fabio e di vicinanza ai suoi cari.

Sarebbe auspicabile che lo Stato intervenisse con maggior chiarezza sul fine vita?

Sono convinto che sarebbe necessaria una legge giusta, che richiede un'attenta riflessione sui risvolti etici di una materia così delicata.

Il pastore di Urbino: «La nostra comunità cristiana si è sempre resa presente con lui e la famiglia. Adesso sarà il Signore a tenerlo per mano»



Monsignor Tani



Omicron 5, l'epidemia silente

Originata nei paesi dove il tasso di vaccinazione è basso è già molto diffusa nel Lazio: il mix di Delta e Omicron la rende supercontagiosa. Casi e reinfezioni in aumento, tante le cure fai da te
L'epidemiologo Ciccozzi: "Ma le mascherine sono sempre una sicurezza"

Mascherine addio. Da oggi, anche al chiuso, niente più dispositivi di protezione. A fine marzo è cessato lo stato d'emergenza e alcune restrizioni erano state mantenute solo fino al 15 giugno. Il liberi tutti coincide però con un nuovo aumento dei contagi, soprattutto nel Lazio, dove ieri sono nuovamente stati registrati circa 5 mila positivi. Un effetto della maggiore contagiosità della variante Omicron 5, già sequenziata da tempo all'Istituto Spallanzani e che circola abbondantemente pure a Roma e nelle province. In appena 24 ore sul territorio regionale sono stati accertati oltre tremila contagi in

più. Sono aumentati anche i decessi, che ieri sono stati 6, 2 in più del giorno precedente, mentre sono diminuiti i ricoveri ordinari ed è rimasto stabile il numero dei pazienti in terapia intensiva, 29.

di **Arianna Di Cori**
e **Clemente Pistilli** • a pagina 3

LA FINE DELL'EMERGENZA

La riscossa di Omicron 5, più contagi "L'epidemia è diventata silente"

Insieme all'addio alle mascherine si impenna la curva dei malati (5 mila): "L'ultima variante è stata sequenziata e circola abbondantemente anche nel Lazio". E le reinfezioni ora riguardano anche i fragili che hanno saltato il secondo booster

di **Arianna Di Cori**
Clemente Pistilli

Mascherine addio. Da oggi, anche al chiuso, niente più dispositivi di protezione. A fine marzo è cessato lo stato d'emergenza e alcune restrizioni erano state mantenute solo fino al 15 giugno. Il liberi tutti coincide però con un nuovo aumento dei contagi, soprattutto nel Lazio, dove ieri sono nuovamente stati registrati circa 5 mila positivi. Un effetto della maggiore contagiosità della variante Omicron 5, già sequenziata da tempo all'Istituto Spallanzani e che circola abbondantemente pure a Roma e nelle province.

In appena 24 ore sul territorio regionale sono stati accertati oltre tremila contagi in più. Sono aumentati anche i decessi, che ieri sono stati 6, 2 in più del giorno precedente,

mentre sono diminuiti i ricoveri ordinari ed è rimasto stabile il numero dei pazienti in terapia intensiva, che sono fortunatamente soltanto 29. I casi a Roma città sono stati 2.954 e il rapporto tra positivi e tamponi è schizzato al 18,2% a fronte di una media nazionale del 17,3%, addirittura 5 punti percentuali in più rispetto a lunedì scorso. «La gente non si fa i tamponi e l'epidemia non è mai finita», sottolinea preoccupato un medico di famiglia.

«Ieri su 9 tamponi fatti a studio 6 erano positivi», dice Marco Trifogli, presidente regionale del sindacato Snam. Ma i numeri dei tamponi, sebbene in grande aumento, sono solo la punta dell'iceberg di quella che è diventata una "epidemia silente". «Ormai l'autodiagnosi è sdoganata - prosegue il camice bianco - tanti pazienti nemmeno ci contattano: si fanno il tampone fai da te e

restano una settimana a casa. Scopriamo che sono stati positivi solo dopo». Il fenomeno dell'auto-diagnosi è tanto importante che Marcello Pili, medico di base con studio a Ostia, stima che tra il 30 e il 50% dei nuovi positivi, in assenza di sintomi importanti, proprio non passa per un tampone "ufficiale", né a studio né in farmacia. «Ma i numeri sono in aumento, da un paio di giorni i casi sono di nuovo esplosi - spiega



il medico - tra un mesetto rischiamo di ritrovarci con 100mila casi al giorno. Il problema più grande è che cominciamo a vedere anche pazienti fragili, a causa dell'abbandono delle mascherine». E se la maggioranza dei nuovi positivi se la cava con sintomi lievi - rinite, tosse, a volte gastroenterite - sono sempre più frequenti le reinfezioni: l'assessorato alla Sanità regionale stima che almeno il 10% dei nuovi casi sia dovuto a un "ritorno" del virus. Il timore dei medici è che, a fronte di un aumento repentino dei casi, la rete ospedaliera, già in grave difficoltà, si ritrovi inevitabilmente sotto pressione come già avvenuto a fi-

ne 2021, con la prima ondata Omicron.

«Non ci dobbiamo preoccupare, però il Covid gira e le varianti ci sono - ha dichiarato l'assessore regionale alla sanità Alessio D'Amato - per cui l'invito che facciamo, intanto agli over 80 e ai soggetti fragili, è di fare la quarta dose di vaccino, perché molti stanno posticipando e questo non va bene. La quarta dose va fatta». Per l'assessore occorre poi «prepararci per il prossimo autunno, auspicando di avere dei vaccini aggiornati alle varianti, in maniera tale da poter fare un richiamo generalizzato». E occorrerà vedere

cosa accadrà da oggi con l'addio alle mascherine, mentre il Governo valuta se mantenerle almeno sui mezzi di trasporto.

Aeroporto di Fiumicino

Anche all'aeroporto Leonardo da Vinci viene meno l'obbligo di indossare la mascherina. Da oggi decade la regola di indossare nei luoghi chiusi i dispositivi di protezione



L'intervista

Ciccozzi (epidemiologo)

“Su treni, aerei e bus meglio usare protezioni”

«Il campanello d'allarme c'è e la variante Omicron 5 è sicuramente più contagiosa delle altre varianti di Omicron. Tanto che chi ha preso Omicron 1 può reinfezzarsi». L'epidemiologo Massimo Ciccozzi, professore del Campus Biomedico e uno dei massimi esperti di varianti del Covid, non fa mistero di un peggioramento della situazione.

Professore, in questi giorni si registra di nuovo un aumento dei contagi. Siamo già senza protezioni nonostante i tanti vaccinati nel Lazio?

«Diciamo che il campanello d'allarme lo abbiamo avuto domenica, che è un giorno in cui di solito c'è un numero di casi e del rapporto positivi-tamponi inferiore. Il vaccino però ancora copre i sintomi della malattia, anche se non sappiamo per quanto tempo. La quarta dose fatta con il vaccino vecchio infatti è assolutamente inutile per persone che non hanno patologie importanti, dando protezione per due mesi e mezzo al massimo».

Perché Omicron 5 risulta così contagiosa?

«Ha una mutazione della Delta che sembra possa infastidire il sistema immunitario. Un po' preoccupante è il lavoro fatto da Kimura e altri

collaboratori, in preprint, dove loro fanno una serie di esperimenti e quello sui criceti porta a ipotizzare che Omicron 5 possa dare un'infezione anche alle cellule polmonari. Questo non accadeva con Omicron 1 e 2 ma in parte con la Delta. Occorre però vedere cosa succede con l'uomo».

Una variante, o meglio un sottotipo della variante Omicron, che si è sviluppata realmente in Portogallo?

«Arriva dal Portogallo, ma si forma sempre in Sudafrica, dove tante sono le persone compromesse da tubercolosi e Hiv e se il virus colpisce una persona immunocompromessa può fare tante mutazioni. Direi proprio che questa è una tipica malattia dei viaggi, come tutte le malattie infettive, che nascono in posti dove ci sono tassi di vaccinazione molto bassi e molte persone immunocompromesse».

Dobbiamo preoccuparci?

«Direi ancora no, ma essendo una variante molto contagiosa dobbiamo fare in modo che il virus circoli il meno possibile».

Togliere le mascherine è quindi un azzardo?

«Le odio, ma purtroppo quanto sta accadendo ci porta a dire che in determinate situazioni vanno

ancora portate. Soprattutto su aerei, treni e metropolitane. In questi luoghi, dove c'è molto affollamento e stretto contatto, in particolare nelle città turistiche come Roma, occorre proteggersi».

Per il futuro sarà necessario un altro vaccino?

«Speriamo in un vaccino tarato su Omicron. Probabilmente dovremo fare un richiamo annuale per un po' di tempo. Ma a chi saranno rivolti i richiami lo vedremo a settembre con i dati di settembre. Non possiamo stabilirlo adesso. Sicuramente servirà per i più fragili e non credo sia necessario per tutta la popolazione».

Cosa c'è da aspettarsi nei prossimi giorni?

«Vedremo come in Portogallo, per 2-3 settimane, un innalzamento dei contagi e poi la curva che scende. Non vedo un'estate a rischio. Oltre ai vaccini abbiamo farmaci e monoclonali. Le armi ci sono». — **a.d.c.**

Il nuovo campanello di allarme c'è stato domenica, giorno in cui il rapporto tamponi e positivi è inferiore. Ma l'estate non è a rischio

— “ —



Nei luoghi turistici occorre sempre tutelarsi. Speriamo in un vaccino tarato sulla nuova mutazione che si diffonde facilmente

— ” —

🔥 **Ospedale**

Il personale sanitario in ospedale utilizza più dispositivi di protezione per evitare il contagio



Suicidio assistito, la Puglia propone una legge regionale

In attesa che si sblocchi il testo sul fine vita arenatosi al Senato, alcuni consiglieri tentano di «normare il nuovo servizio sanitario»

**Il dem Amati:
«Abbiamo il dovere
di rispettare la
sentenza della
Consulta»**

ELEONORA MARTINI

■ Il giorno dopo della morte di Fabio Ridolfi, il 46enne tetraplegico di Fermignano (Pesaro-Urbino) che ha deciso di ricorrere alla sedazione profonda e continua e ha revocato il consenso alla nutrizione e alla idratazione artificiali, non riuscendo ad ottenere dalla Regione Marche l'accesso al suicidio assistito a cui pure aveva il riconosciuto diritto, arriva dal Consiglio regionale della Puglia la proposta di una legge regionale che norma l'«Assistenza sanitaria per la morte serena e indolore di pazienti terminali». La proposta, avanzata per primo dal presidente della commissione Bilancio della Regione, l'avvocato Fabiano Amati (Pd), intende «organizzare il servizio sanitario pugliese» per fare fronte ad eventuali richieste simili a quella di Fabio Ridolfi, ed «eliminare ogni dubbio di tipo interpretativo sulla sentenza della Corte costituzionale 249 del 2009» (Cappato/Dj Fabo) che ha depenalizzato l'aiuto medico al suicidio e ha indicato la via per garantire un tale servizio

pubblico in attesa di una legge *ad hoc*. Che nel frattempo si è però arenata al Senato.

«LA POSSIBILITÀ di una morte dolce e serena per malati terminali si può garantire anche con legge regionale», afferma il consigliere Amati. Perché, argomenta con *il manifesto*, il pronunciamento della Consulta del 2019 - che ribadisce concetti espressi già nell'ordinanza del 2018 che avvertiva il legislatore nazionale del diritto costituzionale negato - «è autoesecutivo». Quella decisione «aggiunge una "nuova prestazione" assistenziale a carico del Servizio sanitario nazionale pubblico». Il quale «ha il dovere di prestare l'assistenza e l'aiuto necessari per malati terminali o cronici alle condizioni elencate dalla Corte costituzionale», puntualizza Amati che si definisce «credente» ma fermamente convinto che «chi legifera non può pensare a sé o alla sua opinione ma alla libertà che la sua legge realizza per gli altri».

FABIO RIDOLFI, per esempio, completamente immobilizzato da 18 anni per una tetraparesi, «dopo una lunghissima attesa - come spiega l'associazione Luca Coscioni che lo ha assistito legalmente - il 19 maggio scorso aveva ottenuto il via libera dal Comitato etico delle Marche che aveva verificato la sussistenza dei requisiti ma non aveva indicato le modalità né il farmaco che Fabio avrebbe potuto auto

somministrarsi». L'uomo non poteva più attendere perché il dolore fisico e psichico si era fatto insopportabile, e alla fine ha rinunciato alla sua battaglia civile e ha scelto di morire nel modo che avrebbe voluto evitare per non protrarre la sofferenza dei suoi cari. Nella regione che ha per assessore alla Sanità il leghista Filippo Saltamartini, l'accesso al diritto sancito dalla Consulta è ostacolato, come dimostrano i tre casi arrivati alle cronache ("Antonio" e "Mario", prima di Ridolfi). «L'azione della Regione Marche non è legittima - afferma il consigliere pugliese Amati - perché le Regioni, che possono essere concorrenti in materia dei principi costituzionali inderogabili, sono i gestori delle strutture sanitarie e hanno perciò il dovere di eseguire le disposizioni statali derivanti dalla sentenza della Consulta. Una legge regionale non può certo andare oltre i limiti imposti dalla Corte, come può fare invece il legislatore nazionale, ma può regolarizzare l'organizzazione del "nuovo" servizio».

NON LA PENSA COSÌ il deputato M5S Nicola Provenza che insieme al dem Alfredo Bazoli è stato relatore del testo di legge sul fine vita ("sottodimensionato" rispetto alle indicazioni della Consulta) licenziato dalla Camera l'11 marzo e attualmente in *stand by* al Senato: «Non vorrei rivedere ciò che abbiamo vissuto



il manifesto

durante l'emergenza pandemica, con 21 sistemi sanitari regionali che agivano in modo differente e autonomo». Se la proposta dei consiglieri regionali pugliesi, Amati ed altri, «è un monito per rendere celere il percorso della legge che attende in Senato o vuole essere uno sprone per sollecitare chi, come le Marche, non si sta attenendo alle disposizioni della Consulta, allora ben

venga. Ma - aggiunge Provenza - affinché si possa concludere l'iter del ddl, e come abbiamo sempre sostenuto, non bisogna strumentalizzare l'argomento con posizioni di parte. Il tema non va ideologizzato e non va innalzato il livello di conflittualità. Perché l'Italia deve dotarsi di una legge sul fine vita e casi come quelli di Fabio Ridolfi non devono più ripetersi. È una que-

stione di civiltà. Di fronte a scelte che interrogano le nostre coscienze, dobbiamo garantire a tutti il diritto di poter compiere una scelta di dignità».



La consegna delle firme per l'eutanasia legale raccolte dall'associazione Coscioni foto LaPresse

