



ASL Taranto

PugliaSalute

Rassegna Stampa

Martedì

6 febbraio

2024



Fino a venerdì

Farmaci, la giornata della raccolta inizia oggi in 65 farmacie

Anche a Taranto e provincia, come in oltre 5.000 farmacie che partecipano in ogni città d'Italia, si donano uno o più medicinali da banco. Serve più di 1 milione di farmaci, per 427.000 persone in condizioni di povertà sanitaria di cui si prendono cura 1.900 realtà assistenziali. La raccolta dura una settimana ed è possibile grazie a 25.000 volontari e 19.000 farmacisti. Anche quest'anno si svolge la Giornata di Raccolta del Farmaco; durerà una settimana, da oggi a lunedì 12 febbraio. In oltre 5.000 farmacie che partecipano in tutte le città italiane (le farmacie aderenti espongono la locandina dell'iniziativa e l'elenco è consultabile su www.bancofarmaceutico.org), è chiesto ai cittadini di donare uno o più medicinali da banco per i bisognosi. A Taranto e provincia la raccolta si svolgerà da oggi al 12 febbraio in 65 farmacie. I volontari del Banco saranno presenti soprattutto sabato 10 febbraio. I farmaci raccolti sosterranno 36 realtà benefiche del territorio che hanno espresso un fabbisogno di circa 14.000 confezioni di farmaci. Durante l'edizione del 2023 sono state raccolte 6.497 confezioni (pari a un valore di 49.526 euro) che hanno aiutato gli assistiti di 26 enti.

Di Gregorio (Pd)

Una vita dopo il cancro L'ambulatorio è realtà

All'Oncologico una fisiatra coordinerà i lavori di un team specializzato

È stato inaugurato e aperto al pubblico il nuovo ambulatorio di Medicina fisica e riabilitazione dell'Istituto tumori Giovanni Paolo II di Bari. Due le novità: la prima riguarda l'assunzione della dottoressa Patrizia Dicillo, medico fisiatra, che coordinerà il lavoro dei fisioterapisti già in servizio. Dicillo si occuperà, in particolare, della riabilitazione oncologica e del recupero delle funzioni dei pazienti, sia quelli ricoverati sia quelli ambulatoriali e sia di coloro che, in cura presso altre strutture, vorranno rivolgersi all'ambulatorio dell'oncologico barese.

L'attività di riabilitazione oncologica procederà di pari passo con gli interventi di fisioterapia già assicurati da due fisioterapisti dell'Istituto. La seconda novità, invece, riguarda l'allestimento dell'ambulatorio nell'ex biblioteca, al piano terra dell'Istituto, in una sala che sarà progressivamente attrezzata con tutto ciò che occorre per la medicina riabilitativa.

«Prende progressivamente for-



Dirigente
Patrizia Dicillo con alcuni suoi collaboratori di Medicina fisica dell'Oncologico

ma - spiega il direttore generale del Giovanni Paolo II, Alessandro Delle Donne - il costante ammodernamento del nostro Istituto, reso possibile non solo dall'assunzione di nuovi professionisti ma anche dall'allestimento di spazi più ampi, più confortevoli, meglio attrezzati. Siamo particolarmente orgogliosi di questo inizio, che potenzia un servizio molto apprezzato e molto richiesto».

La dottoressa Dicillo spiega come «la riabilitazione oncologica

è una tappa fondamentale del percorso di cura dei pazienti con tumore perché permette di limitare i danni e gli effetti collaterali della chemioterapia, della radioterapia oppure - conclude - degli interventi chirurgici».

Il dg Delle Donne aggiunge: «Pensiamo, per esempio, alle pazienti che hanno subito una mastectomia e che possono quindi avere problemi con la mobilità della spalla o linfedema. I trattamenti riabilitativi, specie se precoci, permettono di migliorare la qualità di vita dei pazienti durante e dopo i trattamenti». Sulla stessa lunghezza d'onda il presidente del Consiglio di indirizzo e verifica dell'Istituto, Gero Grassi, che ribadisce: «Si tratta di un ulteriore passo avanti verso una medicina che mette al centro la persona e che, oltre alla cura della malattia, si preoccupa di garantirgli il più rapido ritorno alla normalità».

Il recupero della qualità della vita per i pazienti oncologici, com'è provato da studi e ricerche che nel corso degli anni si sono moltiplicati, è un fattore che contribuisce al superamento della malattia oncologica e in questa direzione vanno anche le terapie per la riabilitazione necessarie al pari delle cure farmacologiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'inchiesta

Zero Pollution
Gli scienziati alla Ue:
né deroghe né rinvii
per la qualità dell'aria

Un richiamo degli scienziati all'Italia e alla Commissione europea: «Niente rinvii agli impegni presi per abbattere gli inquinanti nell'aria». Il Piano d'azione «Zero Pollution» impegna l'Ue a modificare la direttiva sulla qualità dell'aria del 2008, ormai obsoleta. Si tratta di uno strumento giuridico cruciale nella regolamentazione dell'inquinamento atmosferico negli Stati membri dell'Ue. Ma la revisione della direttiva, proposta a fine 2022, prevede valori limite di qualità dell'aria

per Pm2,5 e NO2 da raggiungere entro il 2030, addirittura doppi rispetto a quelli indicati dalle linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità. E creano preoccupazioni anche molte delle deroghe proposte. I meccanismi ipotizzati consentirebbero tra l'altro agli Stati membri di ritardare il raggiungimento dei limiti addirittura al 2040. Di qui l'appello affinché «la legislazione si allinei agli studi scientifici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA LETTERA DI 65 ASSOCIAZIONI

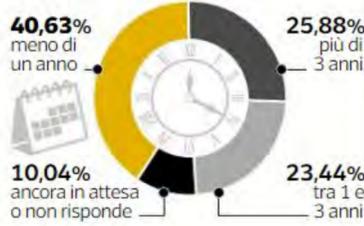
Malati rari, l'appello al governo

Le famiglie chiedono nuovi test neonatali
Il dibattito sullo screening per la Sma
Le scelte delle Regioni per la prevenzione
Ostacoli sul lavoro per 7 persone su 10
«Servono misure di aiuto per i caregiver»

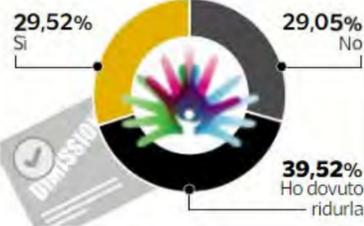
di Chiara Daina

LA MAPPA DELLE DIFFICOLTÀ

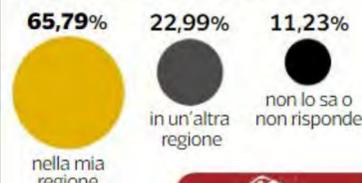
DOPO QUANTO TEMPO DAL PRIMO SOSPETTO È STATA FATTA LA DIAGNOSI



HAI DOVUTO RINUNCIARE AL LAVORO PER ASSISTERE COME CAREGIVER UNA PERSONA CON MALATTIA RARA?



DOVE È STATA FATTA LA DIAGNOSI

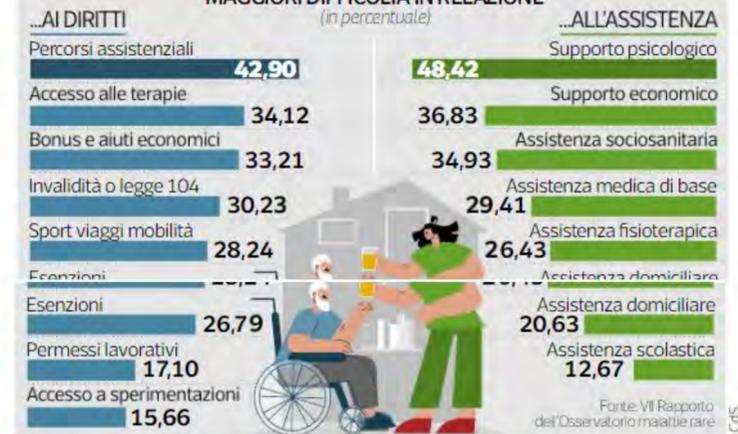


LUOGHI DI CURA



107.000 € «Costo» medio annuo per ogni persona con malattia rara

MAGGIORI DIFFICOLTÀ IN RELAZIONE



I numeri
Solo in Europa ci sono 900 ci sono 900 associazioni di pazienti affetti da una malattia rara osservatoriomalattierare.it

Nascere con una malattia rara (per «rara» si intende che colpisce non più di 5 persone ogni 10mila) significa spesso avere una vita difficile. Gli effetti che provoca possono essere gravi, invalidanti, persino letali nell'infanzia. «Non c'è più tempo da perdere: bisogna allargare gli screening neonatali alla lista di patologie rare per cui esistono già delle terapie efficaci in grado di salvare la vita o di impedire che il neonato vada incontro a pesanti disabilità»: è l'appello che 65 associazioni di malati rari e familiari hanno rivolto con una lettera alla presidente del Consiglio e al ministro della Salute per chiedere al più presto un decreto di aggiornamento del pacchetto nazionale dei test neonatali obbligatori offerti dalla sanità pubblica con l'inserimento delle dieci patologie rare ritenute ammissibili allo screening dal gruppo di esperti dello stesso Ministero. Malattie che se ricercate alla nascita grazie ai farmaci disponibili possono essere curate.

«Finora nessuno ci ha risposto» dichiara Stefania Tobaldini, presidente dell'Associazione italiana Anderson-Fabry, promotrice dell'appello. Il Ministero della Salute fa sapere al Corriere di aver proposto un emendamento al decreto Milleproroghe - al vaglio del ministero dell'Economia: se dovesse passare verrebbe votato la prossima settimana alla Camera - per anticipare intanto l'entrata in vigore dello screening per la Sma, l'atrofia muscolare spinale, una delle nuove patologie candidate al test neonatale (le altre sono le immunodeficienze congenite severe e le malattie da accumulo lisosomiale). «La Legge di Bilancio 2019 «La Legge di Bilancio 2019 aveva stabilito che l'elenco di patologie da sottoporre a screening neonatale fosse revisionato almeno ogni 2 anni, ma nonostante le nostre tante sollecitazioni stiamo scon-

tando un drammatico ritardo», denuncia Tobaldini. Gli screening consistono in un prelievo di sangue nelle prime 48-72 ore di vita del bambino per identificare la malattia prima della comparsa dei sintomi: «Non sono una spesa ma un investimento che evita un domani di girare alla cieca in cerca di una diagnosi, sprecando del tempo in visite ed esami inutili, e di rischiare gravi danni». Giancarlo La Marca, responsabile del laboratorio di screening neonatale dell'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, che fa parte del gruppo di lavoro ministeriale, chiarisce che «individuare il disturbo alla nascita consente di intervenire subito e in modo mirato per rallentare la patologia, migliorare la qualità di vita e in alcuni casi persino guarire». Oggi in tutte le regioni sono

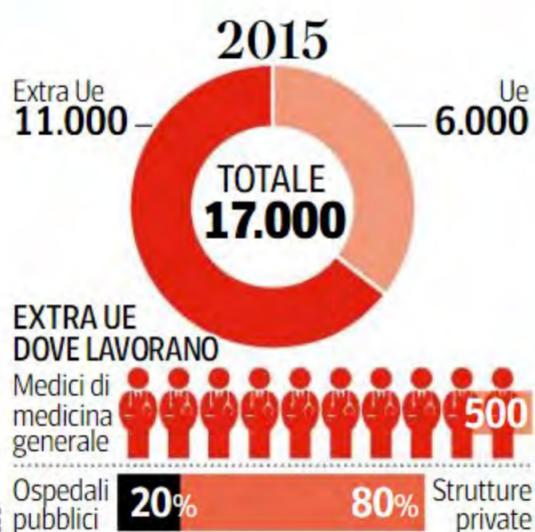
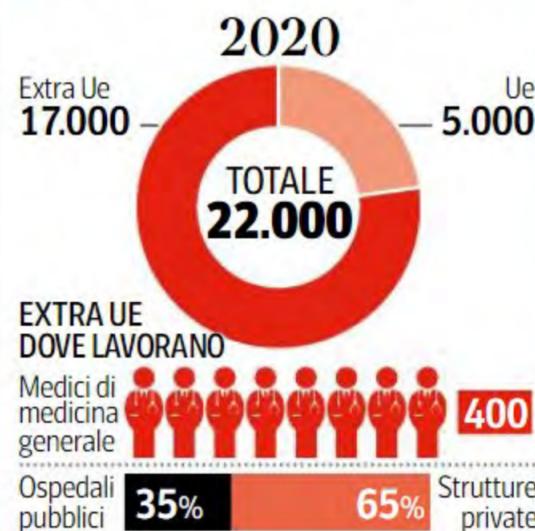
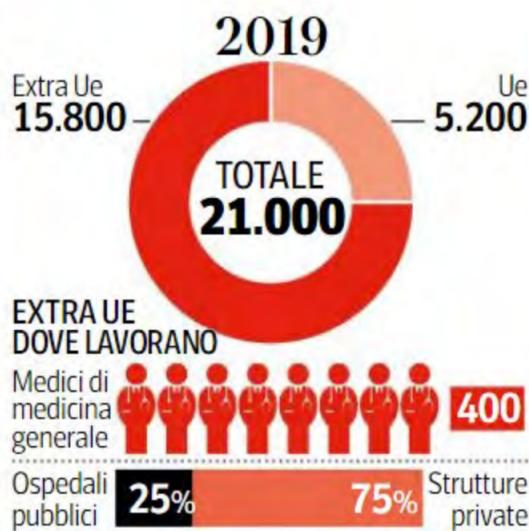
Giocare d'anticipo
Con un prelievo di sangue nelle prime 48-72 ore di vita si può identificare la malattia

erogati gratuitamente ai nuovi nati gli esami per la diagnosi precoce di 49 malattie rare congenite (lo spettro più ampio a livello europeo), per la maggior parte di tipo metabolico. In attesa del decreto di aggiornamento, secondo l'Osservatorio malattie rare, circa metà delle Regioni (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Veneto, Liguria, Puglia, Piemonte, Valle d'Aosta, Toscana, Province di Trento e Toscana, Province di Trento e Bolzano) si è attrezzata per fornire a proprie spese lo screening per la Sma. «Bambini che prima non arrivavano a due anni oggi sopravvivono e possono sedersi e anche

camminare grazie a una terapia genica che corregge il gene difettoso», spiega La Marca. «Un diritto che resta negato però in metà del Paese. E ancora meno - incalza la direttrice dell'Osservatorio Ilaria Ciancaleoni - sono le Regioni che in autonomia riescono a offrire i test per la malattia di Fabry e di Gaucher».

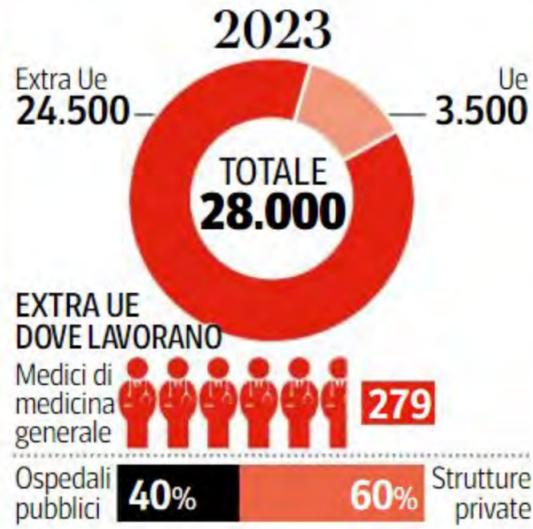
L'indagine
Una recente survey dell'Osservatorio (condotta su oltre 400 associazioni) ha messo in luce le principali difficoltà che affrontano le persone con una malattia rara e i loro parenti. Quasi il 70% delle famiglie lamenta disagi per aver dovuto lasciare o ridurre il lavoro per prendersi cura del malato e spesso pagare di tasca propria alcuni servizi, come psicologo, fisioterapista e supporto a domicilio. Circa il 20% dei pazienti più giovani afferma di aver avuto problemi nel proseguire gli studi e il 44% degli adulti ha dovuto diminuire il lavoro o rinunciare, o non ne ha trovato uno adatto alle sue condizioni. Più di una persona su 3 evidenzia una carenza di figure professionali (come lo psicologo) nella presa in carico e criticità nell'accesso a terapie, bonus e aiuti economici. Un altro 30% ha riscontrato ostacoli nel riconoscimento dell'invalidità civile e della legge 104. Si aggiungono il disagio nel muoversi a causa delle barriere architettoniche (28%) e le difficoltà a ottenere l'esenzione dal ticket per visite ed esami (27%) e i permessi lavorativi (17%). «Riteniamo prioritarie - conclude Anita Pallara, presidente dell'associazione Famiglie Sma - le misure di sostegno per i caregiver familiari e l'assistenza alla persona per frequentare spazi pubblici e avere una vita sociale: chi ha una malattia rara non può essere considerato solo un paziente e non ha bisogno solo sanitari».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CACCIA AL MEDICO

IN QUATTRO ANNI IL NUMERO DEI “CAMICI BIANCHI” STRANIERI SI È IMPENNATO: ECCO CHI SONO, COSA FANNO. E PERCHÉ SONO QUI



In passato l'Italia era la meta prediletta per laurearsi e tornare in patria, poi è diventata un luogo ambito per chi aveva già completato gli studi. Ora il nostro Paese deve andare fuori dai confini (anche europei) per trovare chi possa curarci e compensare le migliaia di posizioni scoperte. Il Covid ha avuto un peso enorme, ma hanno contato anche le guerre e leggi non più adeguate

DI SIMONA RAVIZZA

Nei nostri ospedali e ambulatori pubblici e privati oggi ci sono 28 mila medici di origine straniera che ci curano, di cui l'87% provenienti da Paesi extra Ue. I titoli di quotidiani e telegiornali, al motto di «I medici stranieri salvano la Sanità italiana», ci stanno raccontando un'Italia che s'affida sempre di più alle loro cure per rimediare a decenni di errori di politica sanitaria che hanno portato allo svuotamento delle corsie rimaste sguarnite di medici (e non solo): il blocco del turnover scattato dal 2005, che non ha fatto sostituire il 10% dei medici andati in pensione, è andato di pari passo con una cattiva programmazione degli specialisti da formare, troppo pochi rispetto ai reali bisogni. Così nella migliore delle ipotesi almeno fino al 2027, quando le entrate nel Servizio sanitario nazionale al termine delle Scuole di Specializzazione e le uscite per pensionamento si riequilibreranno, siamo costretti a fare i conti con l'«emergenza-personale». **Ma chi sono, dove lavorano e a che condizioni, i medici stranieri?** È una storia che parte da lontano e ci mostra una capovolta: l'Italia, da meta prediletta per chi vuole fare studi di prestigio in Medicina, e poi destinazione di chi con una laurea già in tasca va in cerca di miglior sorte, oggi è diventata un Paese costretto ad andare a caccia fuori dai confini di chi può curarci.

Sembra passato un secolo da quando Foad Aodi e il suo amico Musa Abu Hegle, allora 19 anni, partono da Jaljulia, città araba in Israele al confine con la Cisgiordania e tutto il paese va a salutarli. In valigia il sogno di diventare medici. È il **settembre 1980 e l'Italia attira studenti in Medicina dai Paesi Arabi (Siria, Libano, Palestina, Libia ed Egitto), da Israele, dai Paesi Africani (Nigeria, Camerun, Congo, Somalia) e dal Sud America (Argentina, Brasile, Cile, Perù)**. Molti di loro conoscono il nostro Paese per le imprese calcistiche di Antonio Cabrini, Paolo Rossi, Giancarlo Antognoni & C., che vinceranno poi gli storici Mondiali del 1982: lui e il suo compagno di viaggio sono tra questi. L'11 luglio 1989 Aodi si laurea alla Sapienza di Roma, per poi specializzarsi in Fisiatria, Ortopedia e Traumatologia. Dopo gli studi solo il 45% decide di restare, e lui lo fa per amore di Donatella, conosciuta all'università e sua moglie da ormai 30 anni. Il decreto-legge n. 416 del 30 dicembre 1989, più noto come legge Martelli, permette a chi ha studiato in Italia di iscriversi all'Ordine dei Medici anche senza la cittadinanza

italiana (fatto salvo, ovviamente, il permesso di soggiorno in regola), così inizia la sua carriera che lo porta oggi, 60enne, a essere direttore sanitario di tre centri medici, docente a contratto all'Università di Tor Vergata in Scienze infermieristiche e in Fisioterapia, nonché storico fondatore e presidente dell'Associazione dei medici di origine straniera in Italia (Amsi). Insieme a lui altri 2-3 mila medici beneficiano della Legge Martelli per lavorare e negli anni la stragrande maggioranza ha i requisiti per prendere la cittadinanza italiana.

È, invece, il 1995 quando Eugenia Voukadinova, allora 28 enne, una laurea alla Sofia Medical University con specializzazione in Dermatologia e Malattie veneree, lascia la Bulgaria, la mamma medico e la sorella farmacista, per costruirsi un futuro a Roma. Sono gli anni successivi alla caduta del Muro di Berlino che vedono arrivare nel nostro Paese medici anche da Romania, Albania, Moldavia, Polonia, Russia e Ucraina. **In assenza di un riconoscimento del titolo di studio «troppo difficile da ottenere»**, la dottoressa Voukadinova tira a campare facendo flebo e medicazioni, per poi decidere di tornare

15

MILA
E 800 IL NUMERO DI
MEDICI PROVENIENTI
DA PAESI FUORI
DALL'UNIONE EUROPEA
NEL 2019, PRIMA
DELL'EMERGENZA
COVID

Ministero della Salute, mentre per chi ha un titolo di studio preso in un Paese extra Ue il Ministero della Salute deve indire una Conferenza dei Servizi a cui partecipa anche il Ministero dell'Università.

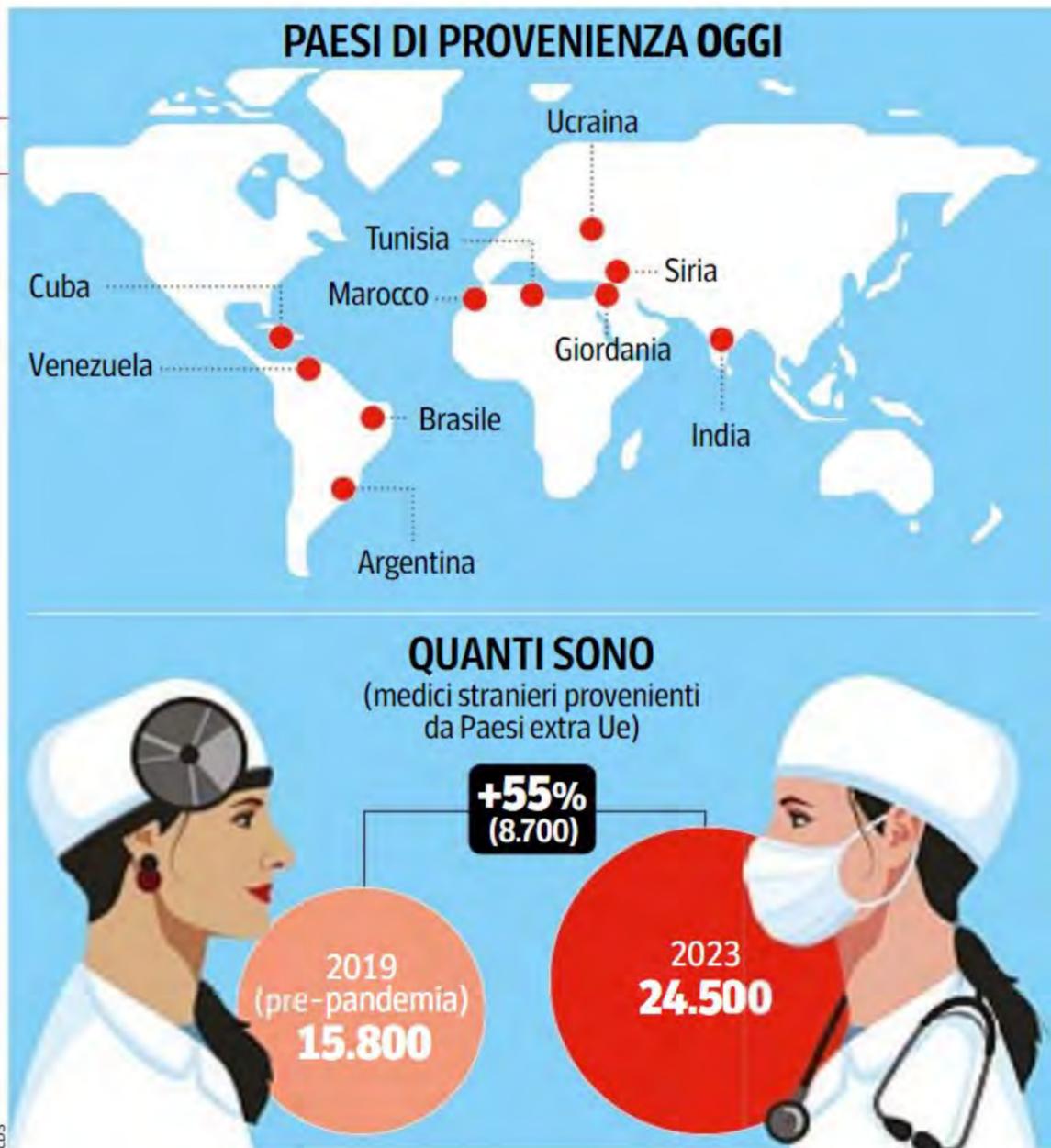
Dal 2011, con la Primavera Araba, arrivano in Italia in cerca di fortuna sempre più medici da Marocco, Algeria, Siria e Tunisia. **E nel 2015 sono 17 mila i dottori di origine straniera nel nostro Paese di cui 6 mila europei e 11 mila extraeuropei.** Nel 2019, anno pre-Covid, il numero sale ancora: 21 mila, di cui 5.200 provenienti da Paesi Ue e altri 15.800 da Paesi extra Ue. In pochi hanno la cittadinanza italiana e per il 75% lavorano nelle strutture private (accreditate e non) perché i medici extra Ue non possono partecipare ai concorsi per essere assunti a tempo indeterminato negli ospedali pubblici. Il motivo: c'è una giungla di interpretazioni legislative che impegna da anni i tribunali. In assenza di disposizioni legislative chiare di prassi ci si ispira all'art. 51 della Costituzione che dice: «Tutti i cittadini possono accedere agli uffici pubblici...». Tradotto nella pratica vuol dire che l'esercizio delle funzioni pubbliche – com'è considerato anche

NEL MARZO 2020, ANCHE GLI OSPEDALI PUBBLICI HANNO APERTO AI MEDICI STRANIERI. UNA «NORMA TEMPORANEA» POI PROROGATA

all'università, stavolta a Tor Vergata, e prendere un'altra volta la laurea. Il 31 agosto 1999 entra in vigore il decreto del Presidente della Repubblica (Carlo Azeglio Ciampi) n. 394 che all'art. 49 prevede: «I cittadini stranieri, regolarmente soggiornanti in Italia che intendono iscriversi agli Ordini (...) se in possesso di un titolo abilitante all'esercizio di una professione, conseguito in un Paese non appartenente all'Unione europea, possono richiederne il riconoscimento ai fini dell'esercizio in Italia». Ma niente, neppure così: «La burocrazia era cosa estremamente complessa e io non sapevo dove sbattere la testa». La situazione si risolve nel 2007 quando la Bulgaria entra nell'Ue: «Nel giro di 3-4 mesi mi sono vista riconoscere la laurea della Sofia Medical University e, dopo un esame scritto e orale in lingua italiana, mi sono risparmiata la tesi di laurea a Tor Vergata!». Comprensibilmente ancora oggi chiunque voglia iscriversi all'Ordine dei Medici per esercitare in Italia deve, come la dottoressa Voukadinova, farsi riconoscere il titolo di studio: la differenza è che per chi si laurea in Medicina nella Ue l'autorità competente a pronunciare il riconoscimento è il

quello di un medico arruolato dal Servizio sanitario nazionale – è tradizionalmente riservato solo ai cittadini italiani e, dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001, art. 3, anche a quelli europei (con l'unica esclusione dei posti che attengono alla tutela dell'interesse nazionale come magistratura, corpi militari e di polizia). Di fatto, dunque, gli ospedali pubblici sono off-limits.

Il 17 marzo 2020, nel pieno di uno dei mesi più difficili del Covid, il decreto Cura Italia e il suo art. 13 portano a una svolta: gli ospedali pubblici hanno bisogno urgente di medici! E così: «Per la durata dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, in deroga agli articoli 49 e 50 del decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999 n. 394 (quello che prevede il riconoscimento dei titoli di studio, ndr) – si legge nel Cura Italia – è consentito l'esercizio temporaneo ai professionisti che intendono esercitare sul territorio nazionale una professione sanitaria conseguita all'estero. Gli interessati presentano istanza corredata di un certificato di iscrizione all'albo del Paese di provenienza alle Regioni e Province autonome, che possono procedere al



km da Caltanissetta, è promotore di uno dei primi accordi strutturati di cooperazione con Paesi esteri. Lo firma con l'Università pubblica di Rosario, Argentina, che s'impegna a reclutare i medici specialisti mancanti all'ospedale di Mussomeli: chirurghi, pediatri, anestesisti, medici di medicina d'urgenza, ortopedici, fisiatristi. **Il Comune si impegna a fornire gratuitamente corsi di alfabetizzazione linguistica e assistenza logistica ai medici selezionati.** Un'esperienza che fa scuola. Lo scorso 23 novembre l'assessorato alla Salute della Sicilia pubblica un avviso aperto (cioè senza scadenza) rivolto ai medici sia di Paesi dell'Unione europea che di provenienza extracomunitaria: «Devo garantire» dice il presidente Renato Schifani «il diritto alla salute a tutti i siciliani». Il 17 agosto 2022 Roberto Occhiuto, commissario ad acta per la Sanità in Calabria, sottoscrive un accordo con la Comercializadora de Servicios Médicos Cubanos, S.A., una società commerciale con capitale al 100% appartenente allo Stato cubano, controllata dal Ministero della Salute Pubblica di Cuba. Obiettivo: reclutare medici professionisti per strutture del servizio sanitario calabrese. La caccia al medico stra-

IL PRIMO "ARRUOLAMENTO" DI PROFESSIONISTI NON EUROPEI È STATO DECISO DALLA SICILIA, SUBITO DOPO LO HA FATTO LA CALABRIA

reclutamento temporaneo di tali professionisti». Di quei giorni è difficile dimenticarsi l'arrivo su quattro pulmini bianchi della brigata medica «Henry Reeve» arrivata da Cuba all'Ospedale Maggiore di Crema. Intervistato da Beppe Severgnini, il capo missione Carlos Ricardo Pérez Diaz dice: «Rimarremo finché è necessario e finché ci sentiamo utili». Loro sono in missione temporanea, gli altri che via via arrivano sono qui invece per restare. Ma fino a quando? **La norma che, in estrema sintesi, abolisce il riconoscimento dei titoli di studio per i medici stranieri che vengono a svolgere la professione in Italia – lasciando la palla alle Regioni – viene prorogata al 31 dicembre 2021, poi al 31 dicembre 2022, ancora al 31 dicembre 2023, e il Milleproroghe del 27 febbraio 2023 la estende fino al 31 dicembre 2025:** «Il professionista comunica all'Ordine competente l'ottenimento del riconoscimento in deroga da parte della Regione interessata, la denominazione della struttura sanitaria a contratto con il Servizio sanitario nazionale presso la quale presta l'attività». Il 7 dicembre 2021 Giuseppe Catania, sindaco di Mussomeli, 9.932 abitanti a 53 km da Agrigento e 58

2025

L'ANNO FINO AL QUALE È STATO PROROGATO L'INSIEME DI DEROGHE CHE CONSENTE L'ARRUOLAMENTO DI PROFESSIONISTI STRANIERI

niero, però non è prerogativa delle Regioni del Sud. Lo scorso 31 dicembre s'è chiuso un avviso pubblico di Regione Lombardia, aperto nel febbraio 2023, per raccogliere domande «ai fini dell'esercizio temporaneo della professione sanitaria di medico in base a una qualifica professionale conseguita all'estero». Li possiamo incontrare – assicura l'Associazione dei medici di origine straniera in Italia – negli ospedali pubblici di Torino, Brescia, Padova, Bologna, Roma, oltre che a Bari, Cosenza, Napoli, Caltanissetta, Catania e Cagliari. E la lista può continuare. **Risultato: dei 21 mila medici stranieri in Italia nel 2019 (pre-Covid) solo il 25% lavora nel servizio sanitario pubblico (quelli con la cittadinanza italiana);** mentre dei 28 mila di oggi ben il 40% (ci sono poi 219 che fanno i medici di famiglia). Ma per gli ospedali pubblici resta il diktat: nessuna assunzione a tempo indeterminato, quelle possono avvenire sempre e solo attraverso i concorsi e i medici stranieri senza cittadinanza italiana non possono partecipare! Un'interpretazione legislativa che – ci sentiamo di sostenere – fa a pugni con i tempi che corrono e che avvantaggia i privati.

Medici italiani i più vecchi nella Ue, pressing per farli lavorare fino a 72 anni

In là con gli anni, insufficienti soprattutto sul territorio, sempre più tentati dal privato o addirittura dalla fuga all'estero. È il ritratto dei medici italiani che emerge dall'ultima fotografia scattata nei giorni scorsi dall'Istituto Nazionale di Statistica in relazione ai diversi disegni di legge sull'accesso ai corsi di laurea in Medicina.

Il dato che colpisce ancora una volta è l'età avanzata dei nostri camici bianchi effetto anche del tetto di spesa sul personale che da quasi 20 anni frena il turn over (si veda articolo a fianco): secondo l'Istat i medici italiani sono i più anziani d'Europa visto che il 55,2% ha più di 55 anni, a fronte del 44,5% in Francia, del 44,1% in Germania, del 32,7% in Spagna. In particolare i medici specialisti in attività nel sistema sanitario pubblico e privato, hanno una età media nel 2022 pari a 53,7 anni, con una quota pari al 49,2% di medici specialisti con 55 anni e più. Tra le specializzazioni più diffuse, la percentuale di specialisti over 54 supera il 50% tra i cardiologi, i ginecologi, gli internisti, gli psichiatri e soprattutto i chirurghi (58,6%); diverse altre specializzazioni fanno registrare comunque un ritmo di "invecchiamento" molto sostenuto: tra il 2012 e il 2022 la quota di over 54 anni tra i medici d'urgenza è passata dal 26% al 41,8%; tra gli oncologi dal 23,7% al 32,8%; tra i geriatri dal 32,8% al 45,2%.

Il fenomeno è stato più volte segnalato anche dai sindacati medici, che hanno previsto che a causa della cosiddetta gobba pensionistica circa 40mila professionisti lasceranno la professione solo nel triennio 2023-2025. Il presidente della Fnomceo Filippo Anelli ricorda infatti come oggi in Italia c'è un 20-30% in più di medici rispetto alle condizioni ordinarie che va in pensione ma questo squilibrio si esaurirà nel giro di 5-6 anni. «Perché tra 10 anni in Italia - spiega Anelli - ci saranno poco più di 6mila medici che andranno in pensione, rientrando così, sostanzialmente in una fascia di normalità rispetto all'eccessivo numero di professionisti che oggi hanno un'età maggiore in confronto alla media europea».

Insomma l'emergenza carenza medici colpisce gli ospedali in questo momento e lo farà ancora per qualche anno. Per questo non mancano iniziative di ogni tipo per riempire questi vuoti a partire dal nuovo tentativo in Parlamento per portare l'età pensionabile dei camici bianchi a 72 anni: da domani dovrebbe partire l'esame degli emendamenti al decreto milleproroghe e tra quelli segnalati c'è anche una modifica a firma di Luciano Ciocchetti (Fdi) che prevede appunto fino al 2025 la possibilità per dirigenti medici e sanitari di restare in servizio su base volontaria fino a 72 anni con un ruolo di formazione e tutoraggio del personale più giovane, ma rinunciando agli incarichi dirigenziali come quello da primario. Il via libera è in salita viste anche le critiche dei sindacati medici, ma la maggioranza sembra intenzionata a non mollare e non si esclude una riformulazione da parte del Governo. È invece ormai sicuro il via libera allo scudo penale per il personale sanitario che interviene sulla colpa medica: i camici bianchi saranno punibili penalmente solo per colpa grave. Resterà invece sempre possibile avanzare richieste di risarcimento in sede civile.

—Mar.B.

Allarme carenza.

Si stima che manchino almeno 70mila infermieri e circa 20mila medici. A pesare su queste carenze è il tetto di spesa sul personale che da quasi 20 anni frena le assunzioni nel Servizio sanitario

Personale, addio al tetto di spesa Fabbisogni decisi dall'algoritmo

Il nuovo modello. È pronto lo strumento che calcola in base a posti letto e tipologia di pazienti il numero di medici e infermieri necessario a ogni ospedale. L'obiettivo è sostituire l'attuale vincolo sulle assunzioni

Marzio Bartoloni

Finalmente si potrà stabilire quanti medici e infermieri servono in ogni ospedale per singolo reparto in base ai posti letto e alla tipologia di pazienti che sono curati in quelle stesse corsie. Questo grazie a un sistema tagliato come un abito su misura in grado di definire ogni anno per la singola struttura un livello minimo di personale necessario per aprire il reparto (e avere l'accreditamento) e anche un tetto massimo: in questo range le Regioni nella loro autonomia potranno decidere quanti camici bianchi e operatori sanitari servono per far funzionare i loro ospedali.

A calcolarlo è il nuovo algoritmo frutto della sperimentazione a cui lavora l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, insieme ai tecnici di Regioni, Mef e ministero della Salute. Una sperimentazione, prevista dalla legge di bilancio del 2022 e da un successivo decreto firmato da Mef e Salute sul «metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del Ssn», che è alle battute finali e che consegnerà entro l'estate i risultati di questa metodologia ai ministri Schillaci e Giorgetti dopo una condivisione

anche con i sindacati.

Per il mondo della Sanità questo algoritmo potrebbe rappresentare una specie di "sacro Gral" per provare ad affrontare una volta per tutte l'emergenza legata alla carenza cronica di medici e infermieri dopo quasi 20 anni di tetto di spesa sulle assunzioni del personale nel Ssn che tanti danni ha provocato. Una svolta quella dell'addio a questo tetto di spesa statico - che calcola gli spazi sulle assunzioni su quanto è stato speso nel 2004 tolto l'1,4% - che lo stesso ministro Orazio Schillaci si è impegnato a superare entro l'anno e che anche la premier Giorgia Meloni durante il recente *question time* in Parlamento culminato nello scontro con la segretaria Pd Elly Schlein sulla Sanità ha definito come «un obiettivo che abbiamo e che contiamo di raggiungere quanto prima, compatibilmente con gli impegni di finanza pubblica».

La tabella di marcia sarebbe già definita: dopo il primo test di questo algoritmo sui dati del 2022 su un campione di 9 Regioni nelle prossime settimane arriveranno i risultati sui dati del 2023 stavolta con il coinvolgimento di tutte le Regioni. Una volta calcolati i fabbisogni di personale per ogni ospedale i risultati definitivi saranno consegnati al mas-

simo entro settembre al Governo in modo da poter arrivare all'addio al tetto di spesa con la prossima legge di bilancio da chiudere il prossimo dicembre. Al momento i primi dati raccontano che tutte le regioni - chi più e chi meno (l'Emilia in particolare sarebbe messa meglio delle altre) - si trovano sotto l'asticella massima di personale indicata dall'algoritmo. Il punto di forza di questo strumento è la sua flessibilità e la capacità di fotografare nel dettaglio il fabbisogno del personale partendo dai letti presenti in un ospedale per i vari reparti (geriatria, medicina, chirurgia, ecc.) e dai cosiddetti Drg - i casi trattati - che indicano anche la complessità delle prestazioni erogate. Un sistema cucito sul singolo ospedale che tiene conto anche delle ore lavorate dal personale (un dato da poco entrato nel sistema di calcolo del conto annuale) e che è in grado di aggiornare la determinazione dei fabbisogni ogni anno in base ai nuovi dati.

«Con questo lavoro consegniamo

al Governo la possibilità di superare un tetto statico che per 20 anni ha creato molti problemi: grazie a un algoritmo introduciamo una specie di abito su misura per ogni ospedale», avverte Domenico Mantoan direttore di Agenas che tira le fila dei lavori di questa nuova metodologia. Mantoan sottolinea come finora «sia stata sbagliata la programmazione dei professionisti della Sanità. Questo è uno strumento che offre la possibilità anche di programmare nel tempo il numero di professionisti aggiornando il fabbisogno con un metodo dinamico e non con uno strumento brutale come è stato quello del tetto di spesa».

Certo sostituire l'attuale tetto sulle assunzioni - in vigore da quasi 20 anni e sempre riconfermato dai Governi di tutti i colori politici (l'ultima modifica nel 2019 consente in realtà di scegliere il più favorevole tra due tetti) - con il nuovo meccanismo non basterà a risolvere il problema della carenza legato anche alla difficoltà di trovare operatori disponibili e alla poca attrattività del Servizio sanitario, tra stipendi bassi e turni massacranti. Ma può essere il primo passo concreto per superare l'emergenza personale che si è aggravata con il Covid.

A breve i risultati della sperimentazione su tutte le Regioni. Il modello potrebbe entrare nella prossima manovra



DOMENICO MANTOAN

Direttore dell'Agenas per i servizi sanitari regionali che tira le fila della sperimentazione del nuovo modello per definire i fabbisogni di personale



SBLOCCATI ENZIMI PANCREATICI
Si è riunito ieri al ministero della Salute il Tavolo tecnico che si occupa del problema delle carenze di medicinali. E proprio in merito alla carenza di enzimi

pancreatici, segnalata in particolare in questi giorni, è stato annunciato lo sblocco di un lotto di Creon. «L'impegno di Aifa», l'agenzia italiana del farmaco, «dell'azienda produttrice»

ha portato a mettere a disposizione, «pur nell'attuale fase di contingentamento» con lo sblocco di un lotto da 38mila confezioni del farmaco, in attesa delle prossime forniture

Logistica: è strategica per il 71% degli ospedali e vale 680 milioni

Gestione. Esternalizzare le attività logistiche riassegna il personale sanitario alla pratica clinica, a beneficio del servizio e della cura del paziente

Francesca Cerati

Nel 2023 il mercato della logistica Healthcare continua a crescere: il numero di spedizioni aumenta del 22% rispetto al 2022 e con esse si accentua la complessità che la filiera si trova a gestire. Le criticità maggiori riguardano la gestione informativa, il basso livello di digitalizzazione e l'impiego di personale sanitario nelle attività logistiche. Ma per oltre il 70% degli ospedali la logistica è percepita come strategica per l'efficienza e le attività cliniche.

Dal 2009 al 2022 sono 248 i contratti di esternalizzazione delle attività logistiche stipulati con strutture sanitarie pubbliche per servizi e attività di logistica ospedaliera, per un valore di 680 milioni di euro. Circa la metà dei contratti interessa la gestione del magazzino ospedaliero, il 17% il trasporto interno di beni sanitari (farmaci, dispositivi medici, ecc.) mentre solo il 7% prevede un servizio di logistica integrata. Questi i risultati emersi dall'indagine realizzata dall'Osservatorio Contract Logistics "Gino Marchet" della School of Management del Politecnico di Milano, in collaborazione con Consorzio Dafne, presentata oggi.

Il paziente diventa sempre più centrale e si sviluppano nuovi servizi e flussi logistici per servirlo a domicilio

«Nella logistica legata all'healthcare sono in atto cambiamenti e trend che impatteranno sugli attuali equilibri della filiera e che ne andranno a modificare l'assetto - spiega Damiano Frosi, direttore dell'Osservatorio Contract Logistics -. Ad esempio, il paziente diventa un nodo sempre più centrale e si sviluppano nuovi servizi e flussi logistici per servirlo a domicilio». Fenomeni come l'aumento delle patologie croniche, l'invecchiamento della popolazione e la capacità limitata delle strutture sanitarie fanno guardare infatti alla cura domiciliare come opportunità e direzione di lavoro per il futuro. «Aumentare le cure domiciliari porterà con sé una serie di cambiamenti sia nell'erogazione dei servizi clinici, sia nella strutturazione dei servizi e dei flussi logistici, poiché sarà sempre più frequente servire i pazienti direttamente al loro domicilio» precisa Damiano Frosi, direttore dell'Osservatorio Contract Logistics - Nuovi servizi si stanno vagliando anche in ambito di distribuzione di ultimo miglio tra ospedale e paziente: i pazienti soggetti a determinate patologie che richiedono il ritiro della terapia presso la struttura ospedaliera potrebbero riceverla direttamente a domicilio. Infine, già oggi si rileva una crescita del canale eCommerce anche nel settore healthcare».

Per Maria Pavesi, ricercatrice dell'Osservatorio Contract Logistics «il settore della logistica viene considerato sempre più strategico, anche perché all'interno degli ospedali si inizia a capire che esternalizzare le attività logistiche consente alle strutture ospedaliere di riassegnare il personale sanitario alla gestione clinica, sgravandolo della logistica, a beneficio e vantaggio del servizio e della cura del paziente».

Ovviamente affidare alcune o tutte le attività logistiche a operatori specializzati richiede una revisione dei processi e dell'organizzazione tradi-

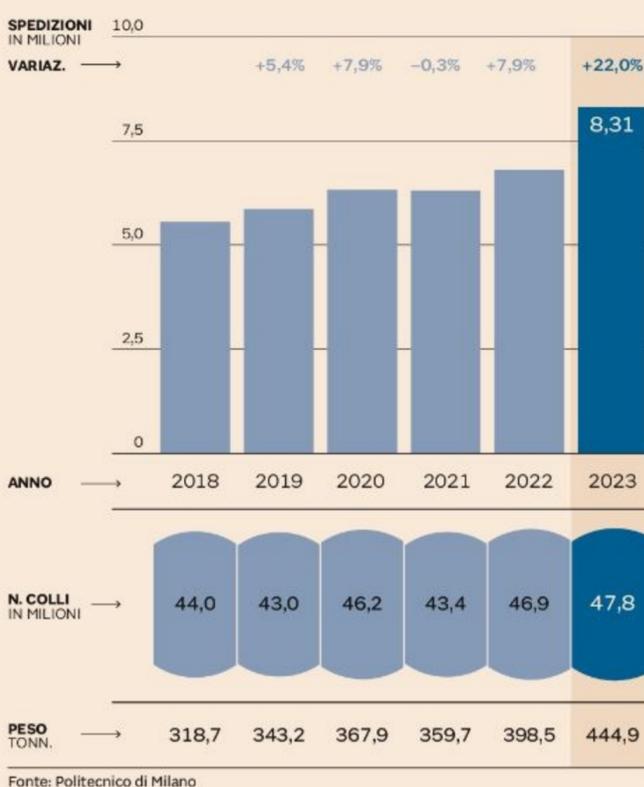
zionale, aspetto che, come in qualsiasi contesto, può generare timore e resistenza al cambiamento. «Il farmacista ospedaliero, per esempio, manifesta il timore di perdita di controllo, cioè di perdita della visibilità e del presidio su alcune attività, fattore critico in particolare per la gestione di giacenze e approvvigionamenti di determinate tipologie di farmaci e prodotti - commenta Pavesi - Per questi motivi è ancora importante fare cultura sul tema dell'outsourcing strategico della logistica in ambito ospeda-

liero, poiché sposare questo modello non prevede l'esclusione del farmacista dalle scelte strategiche e la sua totale esclusione dai processi logistici. L'obiettivo è quello di inserire personale e competenze dedicate all'ottimizzazione e al miglioramento delle attività logistiche, misurate anche attraverso parametri definiti e controllati dalla farmacia ospedaliera. Il tutto lasciando al direttore della farmacia ospedaliera visibilità, presidio e possibilità di intervento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Le strategie della logistica healthcare: numeri e trend

La mappatura dei flussi. Anni 2018-2023



Alzheimer: rafforzata la teoria dei prioni

Lo studio

Come cambia la ricerca

titoli un po' sensazionalistici come "L'Alzheimer può essere trasmesso da una persona all'altra" più che spaventare rafforzano una ipotesi, secondo cui le placche di beta-amiloide - la proteina che si accumula nel cervello in chi soffre di questa demenza - si comportano come prioni, ovvero proteine mal ripiegate che si autoalimentano e causano gravi malattie cerebrali. Nel recente studio gli autori hanno riferito che una procedura medica ora vietata potrebbe aver infettato involontariamente i pazienti con le proteine che causano la malattia di Alzheimer. Tra il 1959 e il 1985, ai pazienti con bassa statura era stato somministrato l'ormone umano della crescita (hGH) per aumentare la loro altezza. A quel tempo, tuttavia, l'ormone veniva estratto da cadaveri umani. Quasi 2.000 persone hanno ricevuto questa procedura. Molti hanno ricevuto iniezioni multiple nel corso degli anni. Nel 1985, divenne chiaro che alcune persone erano state infettate da lotti di hGH contenenti proteine prioniche che causavano la malattia neurodegenerativa mortale della malattia di Creutzfeldt-Jakob, nota anche come "morbo della mucca pazza".

Ora, i ricercatori riferiscono che alcuni di questi campioni di hGH potrebbero anche essere stati contaminati con beta-amiloide, la proteina collegata al-

Il nuovo studio offre la prova mancante delle caratteristiche in comune tra Alzheimer e malattia da prioni

l'Alzheimer. Otto pazienti hanno iniziato a sviluppare i sintomi neurologici di demenza quando avevano un'età compresa tra i 38 e 55 anni, mentre la forma più comune (Alzheimer sporadico), colpisce le persone più avanti negli anni. I sintomi a esordio precoce sono invece solitamente collegati a una rara forma genetica della condizione, tuttavia, questi pazienti non avevano marcatori genetici di Alzheimer. Il nuovo studio, quindi, dimostra che la malattia di Alzheimer può essere acquisita, ma soprattutto offre la prova mancante per collegare questa condizione alla malattia da prioni, con cui condivide molte caratteristiche: le proteine - beta amiloide e tau - sono alla radice della patologia di Alzheimer; queste proteine si diffondono in tutto il cervello come prioni mal ripiegati; la beta amiloide si forma in fibrille e fogli, come un prione mal ripiegato; la malattia di Alzheimer, come quella causata dai prioni, può essere sporadica, ereditaria, ma anche acquisita da altri esseri umani.

Stanley B. Prusiner, direttore dell'Istituto per le malattie neurodegenerative dell'Università della California a San Francisco (Ucsf), sostiene da tempo che l'Alzheimer sia una malattia a "doppio prione" - in cui sia l'amiloide-beta che la tau "distrucono" il cervello. Prusiner, che ha ricevuto il Premio Nobel nel 1994 per il suo lavoro sui prioni, ha affermato in una nota che questo studio dovrebbe determinare un grande cambiamento nella ricerca sull'Alzheimer. Resta da vedere se la notizia di una forma di Alzheimer acquisita dopo un intervento medico avvicinerà questo cambiamento.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA