



ASL Taranto

PugliaSalute

Rassegna Stampa

Martedì

4 giugno

2024

PUGLIA

I NODI DELLA REGIONE

● **BARI.** L'Aress è una semplice agenzia regionale, non una Asl, e non può dunque occuparsi delle procedure di reclutamento del sistema sanitario. È questa semplice constatazione che oggi dovrebbe portare il Consiglio dei ministri a impugnare la legge 16 con cui il 9 aprile il Consiglio regionale ha voluto accentrare nell'agenzia per i servizi socio-sanitari non solo tutti i concorsi, ma anche le valutazioni sul fabbisogno di personale degli ospedali pugliesi.

Dopo quella per trasferire ai Comuni il 20% di Acquedotto Pugliese, dunque, Palazzo Chigi manda alla Corte costituzionale un'altra legge varata in Puglia. E anche in questo caso le conseguenze potrebbero non essere di poco conto, se si pensa che giusto la scorsa settimana la giunta ha varato il piano straordinario di assunzioni che a partire da luglio dovrebbe rimpinguare le corsie con 1.300 unità di personale in più sulle 2.300 previste.

I due aspetti sono collegati, se è vero che - nelle slide presentate la scorsa settimana alla giunta in occasione dell'approvazione dei nuovi piani assunzionali - il Dipartimento salute si è posto proprio il problema dell'applicazione della legge 16. Entro maggio, infatti, in base alla legge a rischio impugnativa la giunta avrebbe dovuto stabilire se affidare le nuove prove concorsuali all'Aress oppure a una delle altre Asl. Era, quest'ultima, una possibilità fatta inserire in Consiglio da Fabiano Amati (Azione) come valvola di sicurezza rispetto al rischio di incostituzionalità. Ma il ministero della Salute, nel confronto con la Regione, ha chiesto di abrogare anche questa «per ragioni di coerenza logico-giuridica e di armonizzazione del testo». C'era infatti stata un'apertura rispetto all'ipotesi di modificare il testo evitando così l'impugnazione, ma di fronte al ministero - che chiede di tirare via tutto - il tavolo è saltato.

L'idea di assegnare la competenza sui concorsi all'Aress nasce come «antipasto» rispetto alla costituzione dell'Azienda Zero, la Asl che dovrebbe occuparsi di concorsi e appalti per tutto il sistema, sulla carta auspicata da tutti, ma su cui

2.300 NUOVE ASSUNZIONI
Il piano approvato la scorsa settimana dalla giunta regionale prevede il potenziamento degli ospedali a partire dal 1° luglio



280 CANDIDATI COME DIRETTORI

Chiuso il bando per i capi dipartimento, via all'istruttoria sulle domande. I nuovi contratti dovrebbero partire dal 1° luglio

Dopo Aqp tocca alla sanità legge assunzioni verso lo stop

Altolà di Palazzo Chigi: l'Aress non può gestire i concorsi

pure i ministeri di Economia e Salute hanno qualche dubbio per ragioni di costi. Oltre a non essere una Asl, l'Aress non ha nemmeno un ufficio del personale in grado di gestire procedure selettive complesse come quelle che dovrebbero partire dal 1° luglio. Non è un caso se, sempre in sede di presentazione dei piani, il dipartimento guidato da Vito Montanaro aveva ipotizzato di assegnare tutto provvisoriamente alla Asl di Bari, o - in alternativa - di dividere le varie categorie di personale e di assegnarne una a ciascuna azienda sanitaria.

Ieri intanto in Regione si è parlato della legge su Aqp durante una riunione della Quinta commissione chiesta da Amati e da Marco Galante (M5S). Il ricorso alla Consulta di Palazzo Chigi

sintetizza in quattro punti i motivi di incostituzionalità della norma pensata per arrivare alla proroga trentennale dell'affidamento del servizio idrico all'Acquedotto Pugliese. Il capogruppo Fdi, Francesco Ventola, ha stigmatizzato l'assenza in commissione di rappresentanti della giunta.

Sempre ieri è scaduto il termine per la presentazione di candidature dopo la riapertura dei bandi per i capi dipartimento. I candidati sono diventati circa 280. Ora verrà fatta l'istruttoria sull'ammissibilità delle domande. Poi, probabilmente la prossima settimana, si passerà alle scelte. I contratti dei nuovi direttori (o quelli rinnovati) dovrebbero decorrere dal 1° luglio. [m.sc.]

OGGI IN CDM

Il piano del governo per le liste d'attesa «Via all'agenda unica e più straordinari»

● **ROMA.** Arrivano oggi in Consiglio dei ministri, segnate dalle preoccupazioni da parte delle Regioni sui fondi a disposizione, le prime misure del Governo contro le liste di attesa nella sanità. Ad annunciarle il ministro della Salute, Orazio Schilacci.

Si parte dall'incremento del tetto di spesa del personale sanitario, che dovrebbe essere del tutto eliminato a partire dal 1° gennaio 2025. Sulle liste di attesa, nel pomeriggio, i tecnici del ministero della Salute hanno incontrato le Regioni. Dalla riunione è emerso che i provvedimenti potrebbero essere due, un decreto legge e un disegno di legge e nel secondo verrebbero convogliati gli aspetti più operativi che necessitano di una copertura finanziaria. Il nodo fondamentale rimane comunque la definizione delle risorse. Tra le direttrici accennate alle Regioni anche un centro di prenotazione unico nazionale.

Il decreto legge che dovrebbe essere approvato oggi, ha annunciato ancora Schilacci, prevede «da subito un'agenda pubblica di prenotazione con le disponibilità nel pubblico e nel privato convenzionato, ci saranno vantaggi subito attraverso il decreto legge. Non è così infatti nella maggior parte delle Regioni» come la Puglia, dove il Cup è provinciale. «Non sarà possibile per una struttura effettuare più prestazioni in intramoenia che nel Servizio sanitario nazionale. Da subito con il decreto anche una piattaforma nazionale per capire cosa e dove manca». Nel decreto dovrebbe anche essere prevista una riduzione dell'imposta fiscale per gli straordinari del lavoro medico dal 43 al 15%, ha spiegato. Infine 80 milioni vengono stanziati per la salute mentale, «un problema esplosivo soprattutto per le fasce più giovani della popolazione». L'obiettivo, ha concluso, «è che i cittadini abbiano le prestazioni nei tempi giusti. Le liste di attesa chiuse sono inaccettabili in un paese civile».

Cup unico, è polemica sui tempi di avvio dell'iter «Le Asl violano la legge: risolvere entro un mese»

È polemica sui tempi di attivazione del Cup unico regionale (per prenotare le visite specialistiche e abbattere anche le lunghe liste d'attesa che affliggono sanità pugliese) annunciato dal Dipartimento della salute e su cui torna a chiedere chiarezza il consigliere e presidente della commissione regionale Bilancio e programmazione Fabiano Amati.

«Dopo tre riunioni della Commissione, per capire la mancata attivazione del Cup unico regionale, - ha scritto l'esponente di Azione in Regione - abbiamo scoperto che il sistema informatico è in grado di supportare il servizio, ma sono i Dg delle Asl che non forniscono i dati, fatti di agende aperte,



Una sede territoriale del Cup (centro unico prenotazione) per le visite mediche specialistiche

agende dedicate, agende di privati convenzionati e agende per disciplina e non per singolo professionista. Insomma, si violano le leggi, nonostante numerosi inviti e intimidazioni con delibere e circolari, generando l'impossibilità di monitorare gli inconvenienti amministrati-

vi e ridurre l'attesa.

E tutto questo - ha precisato Amati - non è la mia opinione, ma quella del Dipartimento salute, anche prendendo atto delle informazioni fornite da Aress e Innova Puglia. Entro un mese speriamo che si avvii il Cup unico regionale federato,

così da interrompere una sistemica turbativa del pubblico servizio, in violazione di legge, che è notoriamente un reato».

La questione, tornata al centro del confronto politico, era già stata oggetto di altri incontri in commissione bilancio svolti nel mese di maggio. Tra i vari interventi anche quello del direttore del dipartimento regionale della salute, Vito Montanaro, che aveva annunciato entro giugno la pubblicazione della gara d'appalto per la creazione di un Centro unico di prenotazione di esami e visite mediche a livello regionale, superando gli attuali 10 sistemi diversi di Asl e ospedali. Montanaro in quell'occasione aveva spiegato anche che il valore del bando sarà di circa 6-7 milioni

di euro e l'Aress sarà coinvolta e supporterà il Dipartimento nel processo di unificazione del Cup.

Tuttavia la questione resta complessa, anche in virtù di quanto affermato dal direttore Aress, Giovanni Migliore, che in una lettera indirizzata in Commissione nelle scorse settimane aveva sottolineato che «Pur condividendo e apprezzando l'iniziativa assunta, spiace comunicare che attualmente questa agenzia non è in grado di fornire elementi utili alla Commissione sul sistema di prenotazione unificato regionale, non avendo svolto alcuna attività di analisi, progettazione o gestione».

A.Taf

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SANITÀ LOCALE

Cup unico, l'ostacolo sono le Asl «Non condividono le agende»

Dal terzo dibattito in Commissione sulle liste d'attesa emerge l'ostracismo delle aziende locali verso il nuovo sistema

📍 BARI

La sanità pugliese potrebbe abbattere subito le liste d'attesa grazie al centro unico di prenotazione per visite ed esami sanitari, ma l'operazione è inattuabile per l'ostilità delle Asl che si rifiutano di condividere le informazioni contenute nelle agende di prenotazione. È la clamorosa realtà emersa ieri in Commissione regionale Bilancio nella terza seduta di audizioni dedicata al Cup unico regionale.

Lo scenario

Assodato che fra un mese sarà appaltato il nuovo sistema informatico centralizzato per il Cup da



Il centro unico di prenotazione è già previsto e finanziato ma deve fare i conti con le resistenze delle aziende sanitarie

6,4 milioni di euro di spesa, dall'ascolto dei soggetti convocati sono venute a galla diverse contraddizioni. Ad esempio: sin dal 2019 la giunta regionale aveva stabilito con delibera un cronoprogramma puntuale di attuazione del Cup unico

finalizzato ad abbattere le liste d'attesa ed evitare i colli di bottiglia fra le varie aziende, ma soprattutto fra l'offerta e i tempi lumaca degli ospedali pubblici e le visite lampo del privato. Il sistema doveva entrare in funzione nel 2021, ma oggi si deve

«Speriamo che il Centro parta interrompendo questa turbativa del servizio pubblico»

Fabiano Amati consigliere regionale

ripartire da zero pur avendo in teoria tutte le carte in regola per applicarlo da subito. Manca, si potrebbe dire, la volontà politica delle Asl così come hanno sottolineato il direttore generale dell'Aress Ettore Attolini e il responsabile dell'Area gestione tecnica del Policlinico di Bari. Il sistema orchestratore, è emerso, progettato da InnovaPuglia, potrebbe funzionare se solo le aziende sanitarie lo volessero trasmettendo le informazioni sulle liste d'attesa e nello stesso tempo consentire la visibilità della prenotazione e la possibile ero-

gazione.

Le parole di Montanaro

La chiusura delle agende, ha spiegato il capo del Dipartimento Sanità Vito Montanaro, si profila come un possibile abuso da parte delle aziende sanitarie tenute a fornire i dati. «L'auspicio - ha aggiunto Montanaro - è che si arrivi al Cup unico grazie alla gestione di una sola società informatica con un solo modello di prenotazione al pari delle altre regioni. Nel frattempo partirà l'attività di ricognizione delle agende». Duro il commento del presidente di Commissione, Fabiano Amati, che da anni ha lanciato una battaglia per il Cup unico: «Si violano le leggi, nonostante numerosi inviti e intimidazioni con delibere e circolari, generando l'impossibilità di monitorare gli inconvenienti amministrativi e ridurre l'attesa», ha sottolineato dopo la seduta per poi aggiungere: «Speriamo che si avvii il Cup unico regionale federato, così da interrompere una sistemica turbativa del pubblico servizio, in violazione di legge, che è un reato». **L.I.L.I.A.**

IL VERTICE INTERNAZIONALE

G7, per i “grandi” ecco quattro Asl In campo 500 medici e infermieri

Per il summit dei capi di Stato e di Governo a Fasano, in campo Policlinico di Bari e le Aziende di Brindisi, Taranto e Lecce
Oltre il rafforzamento del personale, il piano prevede l'invio di oltre 300 mezzi di soccorso per fronteggiare le emergenze

LILIANA IACCARINO

• BARI

A meno di otto giorni dall'avvio del G7 la regione Puglia è al lavoro per licenziare a breve un piano sanitario straordinario. Una serie di protocolli da attivare in caso di malori, incidenti, emergenze durante le giornate centrali dal 13 al 15 giugno in cui si svolgerà il summit dei grandi della terra. A coordinare le operazioni il governatore Emiliano supportato dal dipartimento salute che metterà a punto un piano dettagliato di azioni mirate.

Le misure principali

Saranno quattro le aziende sanitarie impegnate in prima fila sull'assistenza sanitaria: il Policlinico di Bari, le Asl di Brindisi, Taranto e Lecce con un massiccio schieramento di uomini e mezzi che saranno coadiuvati dai reparti sanitari di esercito, aviazione e marina. Nelle ultime ore il piano è stato ulteriormente potenziato con il recluta-



Misure straordinarie per garantire l'assistenza sanitaria necessaria ai leader mondiali che parteciperanno al summit di Borgo Egnazia

mento delle Asl Bari e Bat per far fronte all'aumento delle delegazioni attese al vertice di Borgo Egnazia che dalle sette iniziali diventeranno 15, ben otto in più con l'aggiunta fra gli altri del presidente degli Emirati Arabi e di quello turco, Recep Tayyip Erdogan, oltre al presidente ucrai-

no Volodymyr Zelensky, la cui ufficialità è arrivata solo nelle scorse ore dalla viva voce della premier Giorgia Meloni durante la festa del 2 giugno nei giardini del Quirinale. Per assicurare l'assistenza sanitaria ai capi di stato ed alle loro delegazioni saranno schierati oltre 500 fra medici

ed infermieri per turno con la sospensione delle ferie per gli anestesisti e l'impiego di circa 300 mezzi di soccorso fra autoambulanze, auto mediche, elicotteri, postazioni mobili di rianimazione. In allerta una quindicina di ospedali del grande Salento che saranno operativi dal 10

giugno fino alla partenza degli ospiti.

I sopralluoghi

Non a caso proprio ieri una delegazione di funzionari e medici dell'ambasciata Usa ha fatto un sopralluogo all'ospedale Perrino di Brindisi, in vista di quelle che sono le attività di preparazione

Una delegazione dell'ambasciata americana ha visitato l'ospedale "Antonio Perrino"

alla visita del presidente statunitense Joe Biden. La delegazione ha visitato alcuni reparti tra cui pronto soccorso, rianimazione e blocco operatorio. Il piano sanitario straordinario sarà licenziato nei prossimi giorni e prevede anche misure di prevenzione ed assistenza h 24 degli ospiti e di supporto al contingente di forze dell'ordine atteso nell'area rossa fra Brindisi, Fasano e Savalletri. Intanto ieri la giunta regionale ha approvato un'appendice dei piani assunzionali in favore dell'oncologico Giovanni Paolo II di Bari. Alle 89 unità assegnate inizialmente si aggiungeranno altre 46 nuove assunzioni da effettuare per concorso per un costo preventivato di 2,7 milioni di euro.

LA CAMPAGNA. Dal 10 al 28 giugno consulenze specialistiche gratuite per pazienti con tipo 2 in circa cinquanta centri

‘Pronto Diabete’ per prevenire complicanze a cuore e reni

Parte ‘Pronto Diabete’, la nuova campagna nazionale che, dal 10 al 28 giugno, mette a disposizione dei pazienti con diabete mellito di tipo 2 consulenze specialistiche gratuite con un diabetologo presso circa 50 centri in tutta Italia, prenotabili al numero verde 800042747 e al sito www.prontodiabete.it.

L’iniziativa, patrocinata dalla Società italiana di diabetologia (Sid) e dall’Associazione medici diabetologi (Amd), con l’adesione di Diabete Italia e Sistema Farmacia Italia e in partnership con AstraZeneca, intende sensibilizzare i circa 4 milioni di pazienti con diabete di tipo 2 in Italia sull’importanza di tenere sotto controllo la propria patologia nell’ottica di migliorare la sua gestione, promuovere una corretta informazione ed educazione del paziente e prevenire l’insorgenza delle complicanze renali e cardiovascolari incentivandone una diagnosi precoce.

In questo contesto - spiega una nota - l’iniziativa nel mese di giugno fornirà la possibilità ai pazienti con diabete di tipo 2 di recarsi presso le farmacie di comunità che su base volontaria hanno deciso di aderire all’iniziativa, dove potranno ricevere screening diagnostici per la prevenzione e valutazione del rischio renale.



“Il diabete di tipo 2 è tra le patologie a più elevato impatto economico e sociale: in Italia si stima siano quasi 4 milioni i pazienti diagnosticati (il 6,6% della popolazione), cui si aggiunge un sommerso di oltre 1 milione di persone che non sanno di averlo e altri 4 milioni che rischiano di svilupparlo - sottolinea Riccardo Candido, presidente Amd - Il diabete di tipo 2, in particolare, la forma più diffusa che riguarda oltre il 90% dei casi, è una patologia cronica caratterizzata da elevati livelli di glu-

cosio nel sangue (iperglicemia), e con un’elevata prevalenza di malattia cardiorenale, scompenso cardiaco nel 6-27%” dei casi “e malattia renale cronica nel 30-40%. Scompenso cardiaco e malattia renale cronica sono condizioni gravi che, separatamente e in combinazione, sono associate a un elevato rischio cardiovascolare e di mortalità e a un incremento dei costi sanitari, in particolare nelle persone con diabete, determinando un importante impatto anche sul sistema sanitario nazionale”.

Uno studio tutto italiano, condotto dall’Istituto Mario Negri e finanziato dal ministero della Salute, ha evidenziato i bisogni, le priorità e la soddisfazione dei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica (Sla) e dei loro caregiver, mettendo in relazione, per la prima volta, le necessità e le aspettative di pazienti, caregiver e medici di fronte alla malattia.

L’indagine - presentata a Roma, nel corso di un Talk trasmesso da Adnkronos - ha coinvolto 841 pazienti del Registro nazionale di Aisla, l’Associazione italiana sclerosi laterale amiotrofica, con la partecipazione finale di 154 pazienti e 211 caregiver. L’importanza della ricerca è stata sottolineata dal fondatore e presidente dell’Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri Irccs, Silvio Garattini, a cui si è unito il messaggio della presidente di Aisla, Fulvia Massimelli, che ha evidenziato il ruolo cruciale dell’esperienza delle associazioni dei pazienti. Una conoscenza di valore, utile a orientare le scelte decisionali nell’ambito del sistema di cura, assistenza e ricerca.

Da oggi questi dati si trasformano in un prezioso alleato non soltanto per monitorare le necessità ma, soprattutto, per migliorare la capacità di risposta clinica e di ricerca.

L’INDAGINE. Presentata dall’ Irccs Mario Negri-Aisla su sclerosi laterale amiotrofica

Sla, studio rivela bisogni e priorità di pazienti, caregiver e clinici

E’ stata proprio la coordinatrice dello studio e responsabile dell’Unità di Epidemiologia delle malattie neurodegenerative dell’Istituto Mario Negri, Elisabetta Pupillo, a presentare i risultati ottenuti dalla coorte prospettica la cui fotografia vede pazienti prevalentemente uomini (64,9%), con un’età media di 63,5 anni.

La diagnosi arriva a circa a 58,5 anni, con un ritardo diagnostico di 1 anno (12,1 mesi).

Tra i pazienti, il bisogno più urgente è

stato identificato nella ricerca di una cura (95,5%), seguito dalla scoperta dei fattori di rischio (72,1%). Ed è proprio l’assenza di risposte terapeutiche che evidenzia come, per più della metà degli intervistati (54,9%), la sicurezza dei farmaci sperimentali sia poco rilevante.

A conferma, la maggior parte dei pazienti (75,5%) non ha espresso la necessità di una seconda opinione in caso di disponibilità di un nuovo farmaco.

PROGRAMMA RETE ITALIANA. Il responsabile del progetto Pastorino, ‘obiettivo implementare progetto a livello nazionale’

Screening polmonare: “Adesioni sopra aspettative”

Risultati “superiori alle aspettative” per il programma della Rete italiana di screening polmonare (Risp). Con un totale di 21.510 iscritti, dei quali 10.865 eleggibili e 9.131 persone sottoposte a screening polmonare con Tc a basso dosaggio di radiazioni (Ldct), i risultati hanno superato le aspettative delle 7.300 persone previste. Sono alcuni dei dati del bilancio fatto questa mattina dagli esperti intervenuti a Roma, presso il ministero della Salute, all’evento istituzionale ‘Il polmone al centro della prevenzione: una realtà italiana’. “L’obiettivo strategico del programma Risp - spiega Ugo Pastorino, direttore della Sc Chirurgia toracica dell’Istituto nazionale dei tumori (Int) di Milano e responsabile del progetto Risp - è quello di implementare su tutto il territorio nazionale un programma di screening del tumore polmonare con Ldct, attraverso una rete di centri ad elevata competenza clinica multidisciplinare, allo scopo di ottenere una significativa riduzione della mortalità per cancro polmonare nei forti fumatori (dal 40% al 50%) e, potenzialmente, anche per altre patologie causate dal fumo. Il tutto attraverso un sistema di diagnosi precoce che utilizza la Ldct torace con periodicità variabile, sulla base del rischio individuale di ogni soggetto. Il programma Risp ha ottenuto un numero di adesioni superiori alle attese”. Il target prefissato assegnato dal ministero della Salute, di 7.300 persone totali, è stato superato. “Sono stati coinvolti 18 centri in 15 regioni di tutta Italia, ma l’auspicio è di arrivare ad almeno un centro per regione”, sottolinea Daniela Galeone, direttore Ufficio 8 Promozione della salute e prevenzione e controllo delle malattie croniche degenerative della ex direzione generale della Prevenzione sanitaria del ministero della Salute. L’arruolamento dei pazienti (forti fumatori ad alto rischio di tumore polmonare) - è stato ricordato durante l’evento - sta avvenendo attraverso il coinvolgimento a livello territoriale delle farmacie, dei medici di famiglia e di una semplice app che consente ai pazienti di fare richiesta”.

Liste d'attesa, riforma a metà Un decreto con i punti urgenti

La doppia pista: oggi il piano in Consiglio dei ministri, poi un ddl con più risorse

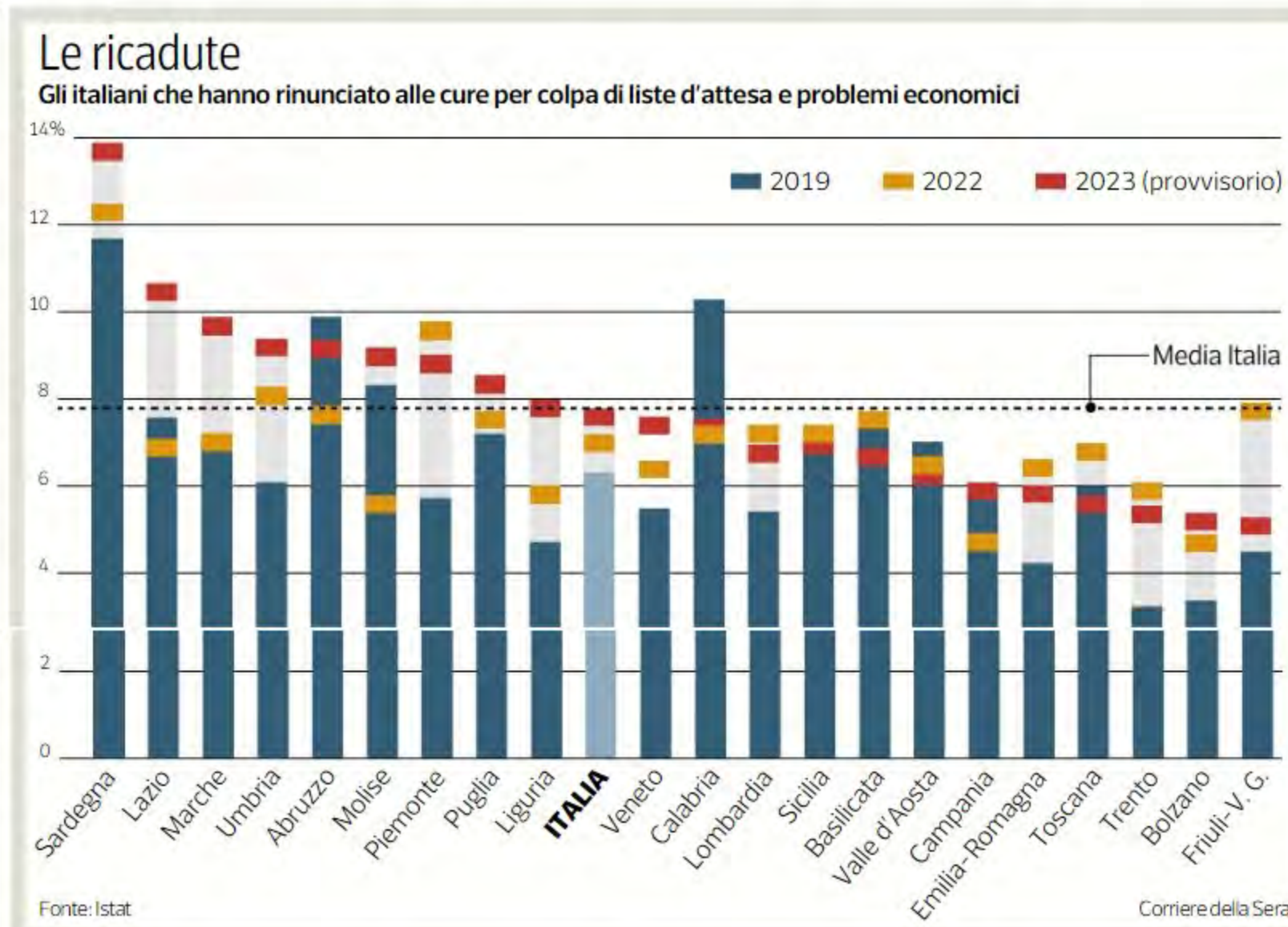
di Margherita De Bac

ROMA Non possono aspettare, le liste di attesa. È stato salvato, almeno in parte, il provvedimento congegnato per riorganizzare il sistema di esami e visite ambulatoriali, tallone d'Achille della nostra sanità pubblica. La premier Giorgia Meloni lo vuole fortemente e lo ha più volte rilanciato, anche domenica scorsa, disturbata dall'ipotesi che il progetto potesse saltare per difficoltà di cassa.

I ministeri della Salute e dell'Economia hanno allora ingaggiato una «febbre» trattativa, fino a raggiungere un compromesso. Il doppio binario. Si parte subito con un decreto che stamattina arriva in Consiglio dei ministri ed è sostenuto da fondi già disponibili (si parla di più di 300 milioni). Poi si ragiona su un disegno di legge da inviare alle Camere che completa la riforma.

Il decreto prevede l'apertura degli ambulatori sabato e domenica con la possibilità di prolungare l'orario anche per liberare i letti nei reparti occupati da pazienti in attesa di accertamenti. Scatta l'obbligo per le Regioni di creare centri di prenotazione unici dove convogliare tutte le agende di appuntamento di strutture pubbliche e convenzionate. Viene creata una piattaforma nazionale di monitoraggio del sistema domanda-offerta affidata all'Agenas, agenzia per i servizi sanitari nazionali, incaricata di intervenire nei casi di mancato rispetto dei tempi da parte delle Asl. Salta, dal primo gennaio 2025, il famigerato tetto di spesa per l'assunzione del personale che rende gli organici sempre in affanno. Era fermo a vent'anni fa: dal 10% si passa al 15.

La conferma l'ha data il ministro Orazio Schillaci, ieri sera ospite nei Cinque Minuti di Vespa, mentre il testo era ancora oggetto di un braccio di



ferro tra tecnici di Mef e Salute. «Sarebbe una svolta epocale se il cittadino riuscisse ad avere esami garantiti nei tempi giusti, esempio una Tac non rinviabile entro 72 ore», ha detto con sollievo Schillaci. E ancora: «Sarà ribadito che non è possibile eseguire in *intra moenia* (cioè ricorrendo alla libera professione all'interno dell'ospedale) un numero di prestazioni superiori a quelle erogate dal pubblico. Lavoreremo con le Regioni».

Il ministro ha aggiunto che gli operatori sanitari disponibili a turni extra godranno della riduzione dell'imposta fiscale sugli straordinari: «È fondamentale e credo che i dipendenti risponderanno positivamente». Oggi l'aliquota marginale è del 46%, si dovrà arrivare al 15.

Attualmente non ci sono dati sulla durata delle attese rilevati scientificamente, quelli esistenti si basano in-

fatti su aneddoti, le informazioni sono incomplete e frammentarie. Secondo uno studio di Ocse (Organizzazione per cooperazione e sviluppo economico) del 2019 l'Italia non è fra i Paesi messi peggio in Europa.

Per realizzare l'intero progetto si dovrà poi aggiungere un disegno di legge che inclu-

da tra l'altro l'aumento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni dai privati convenzionati, il potenziamento dei servizi per la salute mentale, l'obbligo di garantire la prestazione ricorrendo alla libera professione all'interno dell'ospedale se il cittadino non è stato soddisfatto entro i tempi indicati sulla prescrizione. Sembra tramontata l'ipotesi di permettere alle farmacie di eseguire alcune analisi base.

Le Regioni pretendono di essere coinvolte. Ieri hanno avuto un incontro definito «insoddisfatto» con il sottosegretario alla Salute, Marcello Gemmato: «Non abbiamo visto un testo scritto», è deluso il loro coordinatore Raffaele Donini. L'opposizione attacca. Sulle liste di attesa «il governo sta bluffando», accusa il presidente dei senatori del Pd, Francesco Boccia.

L'agenzia

AGENAS

È l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali: è incaricata di intervenire nel caso di mancato rispetto dei tempi da parte delle Agenzie sanitarie locali (Asl), oltre a collaborare per il potenziamento della rete di assistenza ospedaliera e territoriale. Ad Agenas il nuovo decreto affida una piattaforma di monitoraggio del sistema domanda-offerta sanitaria.

Le tappe

● La prima metà della riforma è contenuta in un decreto. Prevede: l'apertura degli ambulatori di sabato e domenica (con possibilità di prolungare l'orario); centri di prenotazione unici nelle regioni (per tutte le strutture pubbliche e convenzionate); monitoraggio nazionale da parte dell'Agenas

● È previsto un successivo Ddl I principali punti: aumento del tetto di spesa per l'acquisto di prestazioni da privati convenzionati; potenziamento dei servizi per la salute mentale; libera professione in ospedale per rispettare i tempi indicati dalle prescrizioni mediche

Chicago

Tumore al polmone Le terapie innovative

Applausi durante la presentazione dei dati, una manifestazione di entusiasmo non frequente in un congresso medico, ma le novità sul tumore al polmone che sono state presentate al convegno dell'American Society of Clinical Oncology (Asco), in corso a Chicago, hanno suscitato una reazione appassionata nella comunità scientifica. «Questa neoplasia resta difficile da trattare perché più del 70% dei malati arriva alla diagnosi tardi, quando è già in stadio avanzato e le possibilità di guarire purtroppo sono ridotte — dice Massimo Di Maio, presidente eletto

dell'Associazione italiana di oncologia medica —. Per questo le novità espresse sono così rilevanti, negli ultimi tempi stiamo facendo progressi. La sopravvivenza dei pazienti metastatici, che per decenni è stata ferma a pochi mesi, ora si riesce a prolungare per diversi anni in un numero crescente di casi: un traguardo che sembrava impensabile». Bloccare l'evoluzione della malattia, rallentarla, ridurre il pericolo di recidive o metastasi sono i primi obiettivi a cui puntano i ricercatori. «Obiettivi che vengono raggiunti da alcuni nuovi farmaci quali *osimertinib*, *durvalumab* e *lorlatinib* — spiega Filippo de Marinis, direttore della Divisione di Oncologia toracica all'Istituto Europeo di Oncologia di Milano —. Diverse ricerche presentate sono destinate a cambiare le attuali terapie standard perché fanno guadagnare tempo ai malati. E, cosa di non poco conto, con una buona qualità di vita».

Vera Martinella

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il caso

Englaro e la condanna del dirigente regionale «Risponda degli errori»

Il padre di Eluana: scelte sbagliate e disumane

«Non mi hanno dato scampo, costringendomi a continuare il mio percorso al di fuori della Lombardia. Io ho fatto la mia strada nella legalità e dentro la società. Ora sono loro che nella legalità e dentro la società dovranno rispondere delle azioni commesse».

A più di 15 anni da quando si è spenta Eluana, Beppino Englaro è ancora costretto a fare i conti con il doloroso cammino che ha dovuto compiere per far rispettare le volontà di sua figlia, dopo che la Corte dei conti ha condannato il direttore generale della sanità lombarda a risarcire i 175 mila euro pagati dalla regio-

Chi è



● Beppino Englaro (foto) per rispettare la volontà della figlia Eluana nel 1999 iniziò la sua battaglia legale contro l'accanimento terapeutico

ne per averlo costretto a far morire la ragazza in Friuli-Venezia Giulia.

Nelle parole di quest'uomo non c'è rabbia né desiderio di rivalsa, come sempre è stato in questi lunghissimi anni di battaglie cominciate nel 2008 quando la Corte d'appello di Milano, applicando una storica sentenza della Cassazione, autorizzò la sospensione dell'alimentazione forzata che la teneva in vita da 17 anni, in stato vegetativo irreversibile, dopo un gravissimo incidente. La sentenza, che si basava sul principio di rispettare la volontà di non essere sottoposto ad accanimento terapeutico espressa da una persona

quando era in grado di intendere e di volere, non fu applicata dalla Regione Lombardia: con una nota l'allora direttore generale della Sanità Carlo Lucchina, invitò sanitari e strutture a non sospendere l'assistenza anche a pazienti in stato vegetativo permanente. Beppino Englaro trasferì poi sua figlia da Lecco alla clinica La Quiete di Udine dove, interrotta l'alimentazione, la donna morì nel 2009.

L'iter giudiziario proseguì per anni attraverso ricorsi al Tar e al Consiglio di Stato che nel 2017 condannò la Regione Lombardia a risarcire Beppino Englaro con 175 mila euro per le spese sostenute e i danni subiti. Per recuperare quanto era stato sborsato dal-



l'Erario, la Corte dei conti della Lombardia avviò un procedimento nei confronti del dg Lucchina, che si è chiuso in appello venerdì scorso con la condanna, chiesta dalla procura guidata da Paolo Evangelista, dell'ex dirigente a risarcire i 175 mila euro. La Corte, che specifica di non giudicare le convinzioni etiche del dg, definisce il suo intervento una «patente violazione dei doveri di servizio», un «rifiuto asso-

Nel 2009 Eluana Englaro morì a 39 anni dopo 17 passati in stato vegetativo irreversibile a causa di un gravissimo incidente stradale

luto» che era «frutto di una personale e autoritativa interpretazione del diritto alla vita e alla salute», e di una «concezione personale ed etica del diritto alla salute».

«Hanno cercato di mettermi all'angolo, dimostrando una disumanità che non auguro a nessuno di dover subi-

La sentenza

L'ex dg della sanità lombarda la mantenne in vita per convinzioni personali: risarcisca

re. Obbligandomi ad andare lontano per esercitare il diritto all'autodeterminazione, per rispettare il desiderio della mia Eluana, un purosangue della libertà», dichiara Beppino Englaro. «Ora sono problemi loro, hanno sbagliato, è giusto che rispondano dell'errore fatto».

Giuseppe Guastella

(ha collaborato Barbara Gerosa)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Liste d'attesa, mini decreto e Ddl: cure nel weekend e privati per tagliare la fila

Oggi in Cdm

Dal 2025 superato il tetto di spesa sulle assunzioni. Si cercano le ultime coperture

Marzio Bartoloni

Se le cure non saranno erogate in ospedale nei tempi previsti (entro 72 ore per le più urgenti e fino ai 120 giorni per quelle programmabili) le Asl dovranno garantire al cittadino una sorta di "taglia fila" assicurando la prestazione in intramoenia (la libera professione in ospedale) o attraverso il privato accreditato con tariffe concordate. È forse questa la misura più importante per il cittadino contenuta nel piano per abbattere le liste d'attesa a cui ha lavorato fino a ieri sera il ministro della Salute Orazio Schillaci e su cui la premier Giorgia Meloni si vuole giocare l'ultimo scampolo di campagna elettorale. Sul piano da un mese si trascina un tira e molla con il Mef che ha alzato un muro sulle risorse a disposizione, tanto che oggi lo sbarco in Consiglio dei ministri arriverà attraverso uno spaccettamento: un decreto di 7 articoli - qui è in ballo il "taglia fila" - e, questa la novità, un disegno di legge di 14 articoli da approvare in tempi più lunghi con le misure per le quali dovranno essere trovate le altre coperture (dalla defiscalizza-

zione degli straordinari ai premi e alle sanzioni per i manager degli ospedali). «Vogliamo che se un cittadino deve fare un esame, una Tac, per esempio, entro 72 ore, la faccia a carico del Servizio sanitario. Sarebbe veramente epocale», ha sottolineato ieri Schillaci. Mentre le Regioni con il coordinatore degli assessori alla Salute Raffaele Donini protestano: «Non siamo stati coinvolti nel piano, ripartiamo lavorando insieme sulle misure».

Gli ultimi nodi si scioglieranno oggi con il primo via libera a questo pacchetto di misure, a partire proprio dal "taglia file" che secondo le stime dei tecnici della Salute potrebbe impattare per oltre un miliardo: Schillaci punta a inserirlo subito nel mini-Dl anche perché sarà comunque un decreto ministeriale a definirne le modalità entro 60 giorni. Sempre nel decreto legge è previsto che visite ed esami si facciano anche il sabato e la domenica ed entrano altre misure (queste a costo zero) a cominciare dall'attivazione della Piattaforma nazionale presso l'Agens per monitorare prestazione per prestazione le liste d'attesa in tempo reale. Nasce anche un Ispettorato presso il ministero della Salute che vigilerà sulla correttezza della gestione delle liste indicando possibili sanzioni e con il suo personale che avrà «funzioni di polizia amministrativa e di polizia giudiziaria», potendosi avvalere di Guardia di finanza e Nas. Scatta l'obbligo di creare un Cup unico regionale o infraregionale «con tutte

le prestazioni disponibili» del pubblico e del privato convenzionato (cosa che oggi avviene solo in parte). I privati che non provvederanno si vedranno annullare il contratto, mentre diventa un requisito per avere l'accreditamento per chi non lo ha ancora. Sempre nel Dl oltre alle verifiche più stringenti sugli abusi dell'intramoenia da parte dei medici che non deve «eccedere l'attività ordinaria» dovrebbe entrare - ma anche qui ci sono le ultime interlocuzioni con il Mef - il superamento del tetto di spesa sulle assunzioni di medici e infermieri: nel 2024 crescerà del 15% dell'incremento del Fondo sanitario, mentre dal 2025 sarà sostituito dai fabbisogni standard. Saranno ritoccati (anche qui Mef permettendo) i tetti di spesa per gli acquisti di prestazioni dai privati convenzionati, dopo i rialzi già previsti dall'ultima manovra.

Nel disegno di legge entreranno invece le misure sul personale, come la flat tax al 15% sugli straordinari del personale (oggi al 43%) o l'aumento della tariffa oraria (100 euro) per gli specialisti ambulatoriali fino agli incarichi (10 ore a settimana) per gli specializzandi. Sempre nel Dl ci saranno i premi (incremento del 10% della ritribuzione di risultato) e le sanzioni (che arrivano fino alla revoca dell'incarico) per i manager delle Asl nella gestione delle liste d'attesa, ma anche le misure per tagliare le ricette non necessarie per visite ed esami che ingolfano il Servizio sanitario.



ORAZIO SCHILLACI

Per il ministro della Salute «vogliamo far sì che quando un cittadino ha bisogno di fare una prestazione, la faccia a carico del Ssn»



PRIMA TERAPIA PSICHEDELICA
Entro la fine dell'estate, la Fda deciderà se approvare o meno l'Mdma come terapia per il disturbo da stress post-traumatico. Si tratterebbe di una grande svolta la

convalida della prima droga psichedelica come terapia. Oggi, un gruppo di consulenti scientifici indipendenti esaminerà i dati sulla sicurezza e l'efficacia dell'Mdma e condividerà il parere con l'Agenzia



Ai-Sprint.
Un sistema per connettere i dispositivi indossabili direttamente con i medici che, grazie all'analisi dei parametri del paziente tramite Ai, vengono allertati in caso di anomalie cardiache

Lo smartwatch intelligente che rileva il rischio di ictus

Progetto Ue. Politecnico di Milano: messa a punto un'applicazione che grazie all'intelligenza artificiale analizza gli elettrocardiogrammi e i dati clinici per determinare possibili eventi cerebrovascolari

Francesca Cerati

Grazie a un'applicazione che analizza gli elettrocardiogrammi (Ecg) incrociandoli con i dati clinici è possibile stabilire la probabilità del rischio di ictus. A noi non resta che indossare uno smartwatch che in autonomia allerta in tempo reale il nostro medico del possibile pericolo. Alla base di questa tecnologia c'è l'intelligenza artificiale e il progetto Horizon 2020 Ai-Sprint - partito tre anni fa e arrivato alla sua conclusione - guidato dal Politecnico di Milano e finanziato dall'Unione europea, con 5 milioni di euro. Undici i partner coinvolti. Il modello è stato sviluppato inizialmente dal Barcelona supercomputing center e i dati clinici sono stati raccolti dalla associazione Freno all'Ictus, che sono stati coinvolti nella fase di anonimizzazione e trattamento dei dati secondo il Gdpr.

«Il prototipo sviluppato nell'ambito del progetto Ai-Sprint utilizza un modello di intelligenza artificia-

le all'avanguardia per rilevare la fibrillazione atriale tramite l'analisi degli elettrocardiogrammi (Ecg) - spiega Danilo Ardagna, docente di Infrastrutture informatiche al Politecnico di Milano - Il modello è stato addestrato e testato su dati ottenuti da diverse fonti e dispositivi, tra cui uno studio pilota su individui sani e sopravvissuti a ictus (9000 ore di registrazioni Ecg continue), in collaborazione con la Fondazione Freno all'Ictus e la società di dispositivi medici Nuubo, donazioni da parte di pazienti (diversi anni di registrazioni Ecg) e database pubblici (un totale di 8.528 Ecg). Come Politecnico abbiamo creato i tool che semplificano lo sviluppo dell'applicazione e del back end, in modo tale che la notifica dell'ecg avvenga in tempo reale e non dopo ore così da garantire la qualità del servizio». La sperimentazione, che si è appena conclusa, porterà anche al lancio della start up OneCareAI in Spagna.

Non solo, già la prossima settimana, a valle del progetto europeo Ai-Sprint, partirà un ulteriore stu-

dio per la validazione che coinvolge il reparto di Reumatologia del Niguarda. I pazienti reumatici, infatti, hanno problemi vascolari che aumentano le probabilità di ictus del 30% rispetto alla popolazione normale. «Ci sono anche modelli che sono stati addestrati sui tracciati dell'holter, raccolti attraverso un device indossabile più avanzato e che è in grado di raccogliere in maniera continuativa il battito cardiaco fino a un mese. Un approccio che è dunque estensibile» precisa Ardagna.

Per dare un'idea delle potenzialità di questa applicazione, basti pensare che solo in Italia, ogni anno si verificano oltre 100mila casi di ictus, per un totale di 1 milione di pazienti nell'intera Europa. Sempre nel Vecchio Continente si stima

che ogni anno 460mila pazienti muoiano a causa di ictus e che quasi 10 milioni di persone vivano con le conseguenze dell'ictus. Secondo l'Associazione italiana Ictus (Isa-Aii) il numero di persone che conviveranno con un ictus aumenterà del 26% entro la prossima generazione, con grandi costi sui bilanci dei sistemi sanitari e delle società. Le stime più recenti riguardo ai costi relativi all'ictus in Europa sono pari a 60 miliardi di euro, e supereranno gli 80 miliardi entro il 2040, un aumento del 44%. In Italia, la malattia costa 16 miliardi al Servizio sanitario nazionale e 5 miliardi alle famiglie. Eppure l'80% degli eventi cerebrovascolari si potrebbero evitare grazie a stili di vita più salutari e un maggiore monitoraggio dei soggetti a elevato rischio cardiovascolare. La nuova applicazione si inserisce in questo contesto di prevenzione facilitando il monitoraggio di un gran numero di individui grazie alle tecniche di supercalcolo in tempo reale.

In caso di fibrillazione atriale la notifica dell'ecg viene mandata in tempo reale al medico curante

PROTOTIPO
La prossima settimana, a valle del progetto Ue, partirà un ulteriore studio di validazione

Tumore, cambia lo standard delle cure

Asco
Melanoma e polmone

Al congresso annuale della Società americana di oncologia clinica (Asco) che si chiude oggi a Chicago - il più importante appuntamento del settore a livello mondiale - l'immunoterapia e la target terapia, sono stati tra i protagonisti. In particolare, la presentazione e, contemporaneamente, la pubblicazione sul New England Journal of Medicine di due studi - uno sul melanoma metastatico e l'altro sul tumore del polmone non a piccole cellule (Nsccl) di stadio III non operabile e con mutazione del gene Egfr (recettore del fattore di crescita epidermico) - potrebbero rivoluzionare lo standard di cura, perché per entrambi i risultati sul rischio di progressione della malattia o di morte si è ridotto di oltre l'80%.

L'efficacia dell'immunoterapia nel melanoma metastatico era già stata confermata. Ora però i dati mostrano che anche dopo l'intervento chirurgico (fase adiuvante) e

prima della chirurgia (fase neoadiuvante) la terapia funziona. C'è dunque un suo ampliamento. A decretare la superiorità dell'immunoterapia neo-adiuvante è lo studio

internazionale Nadina, coordinato da Christian U Blank, scienziato del Netherlands Cancer Institute di Amsterdam, e a cui ha preso parte per l'Italia Paolo Ascierto, presidente Fondazione melanoma e direttore dell'Unità di Oncologia melanoma, immunoterapia oncologica e terapie innovative dell'Istituto Pascale di Napoli. I pazienti che hanno ricevuto il trattamento prima della chirurgia hanno registrato un tasso di sopravvivenza pari all'83%, circa il 30% in più rispetto a chi ha ricevuto l'immunoterapia solo dopo l'intervento chirurgico.

«È arrivata l'attesa conferma dell'efficacia dell'immunoterapia neoadiuvante nei casi di melanoma metastatico candidati alla chirurgia» commenta Ascierto, che proprio all'Asco ha presentato i risultati dello studio italiano Neo-Tim che, in sintonia con Nadina, ribadiscono con forza la superiorità dell'immunoterapia pre-intervento rispetto a

quella post. «Questi risultati - riprende l'esperto - cambiano la pratica clinica e l'immunoterapia neoadiuvante diventa lo standard di cura per questi pazienti».

Oggi lo standard di cura per i pazienti con melanoma resecabile è la chirurgia, a cui può seguire una terapia sistemica adiuvante. «In questi casi, tuttavia, una percentuale sostanziale di pazienti, stimata intorno al 50%, presenta una recidiva entro i primi anni dopo l'intervento - spiega Ascierto -. Questo ci ha spinto a cercare nuovi approcci terapeutici».

Nel secondo studio, invece, osi-

mertinib, un inibitore irreversibile dei recettori per il fattore di crescita epidermico (Egfr) ha ridotto il rischio di progressione di malattia o di morte dell'84% rispetto a placebo

nei pazienti con tumore al polmone aggressivo in fase avanzata. Questo tipo di neoplasia è la principale causa di morte per cancro e rappresenta circa un quinto di tutti i decessi per tumore. Secondo le stime, ci sono circa 2,4 milioni di persone che ogni anno ricevono una diagnosi di tumore del polmone, con l'80-85% classificato come tumore del polmone non a piccole cellule (Nsccl).

Secondo Filippo de Marinis, direttore della divisione di Oncologia toracica dell'Istituto europeo di oncologia (Ieo) di Milano e presidente dell'Aiot (Associazione italiana di oncologia toracica), la terapia target osimertinib ha prodotto «un risultato senza precedenti contro il rischio di progressione di malattia o di morte. E sulla base di questi dati, il farmaco dovrebbe diventare il nuovo standard di cura per questi pazienti».

CONFERME
L'immunoterapia pre-chirurgia aumenta la sopravvivenza nei pazienti con melanoma

Nel melanoma e tumore al polmone il rischio di progressione della malattia o di morte si è ridotto di oltre l'80%

— Fr. Ce.

PANORAMA

LO STUDIO DELLA UIL

Case di comunità, rischio «cattedrali nel deserto»

«A meno che non si intenda spostare personale sanitario dagli ospedali, svuotandoli di professionalità necessarie all'erogazione di un servizio sanitario pubblico efficiente e moderno, le strutture della medicina del territorio previste dal Pnrr, una volta costruite o reperate, rischierebbero di diventare delle cattedrali nel deserto». A lanciare l'allarme è la Uil, nel report sull'assegnazione delle risorse finanziarie per l'attuazione degli interventi del Pnrr sulla missione 6 Salute. Incrociando i dati relativi agli standard del personale (Dm 77) con il costo unitario medio annuo indicato dal ministero dell'Economia - evidenzia il report - si evince che per far funzionare le 1038 Case di comunità indicate dal Pnrr servirebbe un investimento in personale stimabile in circa 1 miliardo di euro annui. Mentre per i 307 Ospedali di comunità previsti sarebbero necessari oltre 218 milioni di euro. Infine, per coprire le spese per il personale delle 480 Centrali operative territoriali servirebbero 163 milioni di euro. Il fabbisogno totale stimato, dunque, è di 1 miliardo e 366 milioni per circa 30mila professionisti.

A fronte di questi numeri, tuttavia, «l'impegno totale previsto dello Stato è di soli 250 milioni per il 2025 e 250 milioni per il 2026», sottolinea la Uil, secondo cui, quindi «il Governo, purtroppo, sta investendo poco in sanità (le stime nazionali parlano del 6% del Pil) e non rimuove il tetto di spesa per l'assunzione di nuovo personale, paralizzando di fatto l'operatività delle strutture dedicate alla medicina del territorio». Per il sindacato «se non si realizzasse questo obiettivo, sarebbe il crollo del Servizio sanitario nazionale: non solo il Sud, ma anche il Nord del Paese rischierebbe di arretrare in Europa». Insomma c'è un grande rischio per il futuro delle strutture sanitarie della medicina del territorio: «Se anche il piano venisse attuato, dal punto di vista infrastrutturale, gli ospedali di comunità, le case di comunità e le centrali operative territoriali difficilmente potrebbero funzionare, a causa della forte carenza di personale, per il cui pagamento, è bene ricordarlo, le risorse non possono provenire dal Pnrr, ma dai bilanci nazionali», sottolinea il segretario confederale della Uil, Santo Biondo.

L'INDAGINE SUI SOCIAL

Giovani e Aids: fake news e ancora sottovalutazione

Sui social si parla poco di Aids e Hiv, c'è una chiara sottovalutazione del problema e sono ancora diffuse fake news: in alcune community è stato persino messo sotto accusa il vaccino anti Covid come causa dell'infezione. Ma i giovani cominciano a interessarsi di più all'informazione e alla prevenzione sul tema. È quanto emerge da una ricerca di SocialData, che ha analizzato le conversazioni web e social sul tema degli ultimi 12 mesi, e che è stata appena presentata in occasione del Gala annuale organizzato da Anlaids Lazio, alla Galleria d'Arte Moderna a Roma. Nonostante i numeri bassi l'Italia è comunque il secondo Paese della Ue in cui si parla di più di Hiv e di Aids, subito dietro la Francia e davanti a Germania e Spagna. A dispetto di questo buon posizionamento, negli ultimi 12 mesi il numero di conversazioni che citano l'Hiv e l'Aids nel nostro paese (35 mila) è in calo del 30% rispetto all'anno precedente. Di Aids si parla meno che di tutti gli altri temi più popolari nell'anno appena trascorso: meno di altre malattie come il

cancro (1 milione di conversazioni) e il Covid (670 mila conversazioni), meno di altri problemi urgenti come le guerre (1 milione) e il cambiamento climatico (217 mila), molto meno che di politica o di temi di intrattenimento. L'attenzione per il tema è discontinua e si concentra per la maggior parte in pochi momenti significativi, tra cui spiccano la Giornata mondiale per la lotta contro l'Aids e la campagna sulle terapie antiretrovirali. «Sono 150mila le persone affette da Hiv oggi in Italia e si stima che altre 10mila non sappiano di averlo. Vogliamo ricordare l'importanza della prevenzione e di sottoporsi al test rapido: perché oggi di Aids si può non morire più se si accede per tempo alle cure. Ma soprattutto vogliamo portare informazione, in particolare ai giovani», avverte Gianluca De Marchi, Presidente di Anlaids Lazio e Ceo di Urban Vision Group.



GIANLUCA DE MARCHI
Presidente di Anlaids Lazio e Ceo di Urban Vision Group

Pronto il nuovo piano cronicità: più pazienti, ma risorse al palo

La bozza. Obesità, endometriosi ed epilessia si aggiungono alle dieci patologie per le quali sono previsti percorsi di cura definiti. Resta il nodo fondi e personale

Barbara Gobbi

Una buona notizia sono i riflettori finalmente accesi sulle tre emergenze obesità, endometriosi ed epilessia, che vanno a rafforzare – ma non a completare – la platea dei pazienti cui guarda il nuovo Piano nazionale cronicità (Pnc). La "cattiva" è che nella bozza aggiornata del Piano, messa a punto dai tecnici della Programmazione del ministero della Salute e ora al vaglio degli uffici del ministro della Salute Orazio Schillaci, non compare un euro di finanziamento. Esattamente come nella prima versione del 2016, rimasta sulla carta con recepimenti formali o al ralenti da parte di molte Regioni proprio per l'assenza di risorse. Con buona pace di numeri e costi: fino a 25 milioni i pazienti interessati che, solo a guardare l'assistenza di base, già nel 2019 (anno pre Covid, che ha aggravato la situazione) incidevano per 66,7 miliardi, destinati a diventare 70,7 mld nel 2028. Quando gli anziani, che oggi rappresentano il 24% del Paese e che sono i primi portatori di cronicità, saranno ancora lievitati facendo innalzare l'indice di vecchiaia (rapporto tra over 65 e under 15) dal 193,1% attuale al 305% del 2043 stimato dall'Istat.

Il primo check del paziente cronico avverrà nei Punti unici di accesso collocati nelle nuove Case di comunità

La nuova versione del Piano inquadra un fenomeno che assorbe tra cure a casa e in ospedale l'80% dei costi sanitari, per non parlare dei 9 milioni di caregiver. Non a caso porta le malattie cui vanno dedicati specifici percorsi diagnostico-terapeutici (Pdta) a quota tredici: le tre nuove patologie – per un totale di circa 8 milioni di pazienti in più considerando 4 milioni di obesi, 3 milioni di donne con endometriosi e 600mila persone con epilessia – si aggiungono alle dieci già previste e cioè malattie renali, artrite reumatoide, retocolite ulcerosa e malattia di Crohn, insufficienza cardiaca cronica, Parkinson, Bpco e, per l'età evolutiva, insufficienza respiratoria, asma, malattie endocrine croniche e malattie renali.

I nuovi piani di cura dovranno tenere conto della svolta impressa dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr) e declinata dal Dm 77 che a maggio 2022 ha riorganizzato l'assistenza sanitaria territoriale in Italia. Quindi il primo check del paziente cronico avverrà nei Punti unici di accesso (Pua) collocati nelle nuove case di comunità dove una équipe di operatori sanitari sarà deputata alla valutazione multidimensionale, passaggio fondamentale per la presa in carico e la taratura dell'assistenza necessaria. Ogni Pdta, chiarisce il Piano, va progettato per garantire presa in carico, appropriatezza delle cure, continuità assistenziale e standardizzazione dei costi. E dev'essere personalizzato tramite un Progetto di assistenza individuale (Pai) chiamato a configurare un 'patto di cura' in cui operatori sanitari, pazienti e caregiver "condividono il processo di gestione e lo modulano nel caso di cambiamenti nelle condizioni di salute". In campo, per sostenere l'impalcatura, gli altri due tasselli della riorganizzazione modello Pnrr che sono telemedicina e interoperabilità dei dati sanitari. Un'infrastruttura ancora in progress ma necessaria per

quella stratificazione della popolazione che, a monte, serve per valutare il profilo epidemiologico e programmare gli interventi nel setting più adeguato. A cominciare dal domicilio, dove entro il 2026 andrà seguito in AdI almeno il 10% degli anziani.

Ameno due grandi nodi però vengono al pettine e il nuovo Pnc ne dà conto: il primo sono banche dati e sistemi informativi ancora inadeguati o non dialoganti; il secondo è il personale, altra grande emergenza Ssn che si affianca alla cronicità. Medici ma

soprattutto infermieri di comunità, cuore dell'integrazione socio-sanitaria, sono anch'essi troppo anziani o non ci sono affatto. Un dato su tutti fa traballare il Piano: l'uscita per pensionamento di oltre 21mila infermieri nel quinquennio 2022-2027 che, a fronte dei 20mila stimati necessari per realizzare il disegno del Dm 77, fa sì che ne manchino all'appello almeno 16-17mila. Resta aperta la doppia domanda su 'con chi' e 'con quali fondi' l'Italia farà fronte all'emergenza cronicità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ampliamento. Saranno 13 le patologie con percorsi di cura definiti

L'intervista. T. Aceti
Presidente Salutequità

«Così resterà sulla carta, serve un meccanismo di verifica»



«È il piano delle 'buone intenzioni', destinato a restare sulla carta come il precedente di cui ripropone gli errori. A cominciare dall'assenza di un budget e di un meccanismo di verifica efficace. La speranza è che il ministro Schillaci, che aveva chiesto esplicitamente risorse dedicate per la cronicità, solleciti i necessari correttivi prima di trasmettere il testo alle Regioni». Il presidente di Salutequità Tonino Aceti tiene da sempre i riflettori accesi sulla

cronicità e scorrere il documento qui anticipato dal Sole 24 ore non lo conforta.

Quali sono i gap principali?
Primo punto è l'assenza di fondi, a fronte di risorse dedicate per tutte le altre grandi progettualità, dal Piano oncologico al Piano malattie rare. Eppure l'Atto d'indirizzo del ministero della Salute sia per il 2023 che per il 2024 è chiaro: sull'emergenza cronicità bisogna investire. Questa bozza disattende l'indicazione chiara del ministro della Salute.

Poi?
Poi manca il necessario orizzonte temporale, che tutti i piani hanno: altro peccato originale insieme all'assenza di un cronoprogramma capace di dettare il ritmo degli adempimenti. In teoria gli obiettivi potrebbero essere raggiunti anche in cento anni.

Ma nel testo un sistema di monitoraggio è tratteggiato
Peccato che sia totalmente inefficace: come nel 2016 si ripropone lo schema del monitoraggio delle delibere formalmente adottate dalle giunte regionali, senza tempistiche. Inoltre, la verifica interessa solo i Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali delle patologie incluse nel Piano: lasciare fuori tante altre malattie croniche preclude una visione di governance complessiva della cronicità. In ogni caso, il modello di monitoraggio attivato non dialoga con il sistema degli adempimenti ai fini dei Lea, i Livelli essenziali di assistenza.

In che senso?
Andrebbero previsti indicatori ad hoc nel Nuovo sistema di garanzia, introducendo ad esempio l'attività di stratificazione della popolazione, la telemedicina e modelli di medicina di iniziativa. Inoltre i Pdta per patologia devono diventare indicatori 'core', decisivi ai fini della valutazione di una Regione.

Anche perché una gestione appropriata della cronicità significa anche più sostenibilità
Esatto. Ma anche su questo fronte, il nuovo piano riporta le lancette indietro di decenni presentando i pazienti cronici come un fardello, un costo e non come un valore. Una prospettiva da rovesciare: l'approccio corretto è investire in salute, anche e soprattutto per la cronicità.

—B.Gob.

© RIPRODUZIONE RISERVATA