



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

01 Dicembre 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Il Covid non frena i trapianti nelle Marche

Gli interventi sono passati dagli 82 del 2019 ai 91 del 2022. La coordinatrice del Centro regionale De Pace alla Dire: “Un fatto inaspettato che non è accaduto in tutte le regioni. Credo sia anche merito del grande lavoro della rete regionale trapianti. Non è stato facile ma stiamo lavorando tanto e bene. Servirebbero più risorse e personale ma so che ci sono dei limiti normativi da rispettare”.



01 DIC - L'emergenza sanitaria Covid-19 non frena i trapianti nelle Marche. Secondo i dati forniti alla *Dire* dalla coordinatrice del Centro regionale trapianti **Francesca De Pace**, infatti, negli ultimi anni si è registrato un graduale incremento di trapianti di fegato e rene in regione: erano 82 nel 2019, sono saliti a 84 l'anno successivo fino ad arrivare ai 90 del 2021 e agli attuali 91. “L'aumento in periodo di emergenza sanitaria è un fatto inaspettato che non è accaduto in tutte le regioni- spiega alla *Dire* la dottoressa De Pace- Credo sia anche merito del grande lavoro della rete regionale trapianti. Non è stato facile ma stiamo lavorando tanto e bene. Servirebbero più risorse e personale ma so che ci sono dei limiti normativi da rispettare”.

Nello specifico nel 2022 sono stati effettuati 50 trapianti di rene (+1 sul 2021), 40 di fegato (+1) ed un trapianto combinato fegato-rene. Nel 2019 i trapianti di rene erano 41. “Per quanto riguarda i trapianti di rene siamo passati dal 15esimo al 23esimo posto in Italia e anche sul fegato stiamo andando molto bene- continua De Pace - E dobbiamo considerare che siamo un Centro molto giovane considerando che i primi interventi sono stati effettuati nel 2005. Un bacino di utenti piccolo, perché le Marche



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

contano poco più di un milione e mezzo di abitanti, che però si sta allargando. Tanto che trapiantiamo pazienti provenienti anche da fuori regione“. **E fino a qualche settimana fa alle Marche spettava anche un particolare primato.** “A fine ottobre è deceduta una donna fabrianese di 97 anni e 6 mesi che grazie alla donazione del fegato era diventata **la donatrice più anziana d’Italia**– continua De Pace-. Un primato che qualche giorno dopo è stato superato da una ultracentenaria a Pisa. Ma al di là di questo quello che importa è la capacità tecnica e organizzativa della nostra rete”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



La Buona Sanità

Policlinico di Messina, turista salvato da ictus grazie alla Stroke Unit

Appena giunto in pronto soccorso il paziente presentava un'emiparesi sinistra con impossibilità a camminare.



È stato il tempo, in tutti i sensi, a salvare la vita di un crocierista giunto nei giorni scorsi presso l'azienda ospedaliera universitaria di Messina a seguito di un malore. La nave su cui stava trascorrendo una vacanza doveva ripartire dal porto di Messina, ma le avverse condizioni meteo hanno determinato uno stop non programmato. Un imprevisto che, in tale circostanza, si è rivelato una salvezza. Appena giunto in pronto soccorso il paziente presentava un'emiparesi sinistra con impossibilità a camminare ed è stato subito accolto dalla stroke unit, guidata dal Prof. Antonio Toscano. Qui è stato sottoposto a tutti gli accertamenti necessari per conoscere le origini dell'evento ischemico e dare indicazione all'intervento di trombectomia meccanica, eseguito dall'équipe della UOC di Neuroradiologia Interventistica, diretta dal prof. Sergio Vinci. Si tratta della procedura endovascolare che consente di liberare i vasi ostruiti e per la quale l'AOU è centro di riferimento nella rete provinciale dello stroke. Infatti, nelle ore successive alla trombectomia, il paziente ha recuperato perfettamente e ha ripreso a camminare regolarmente. "Per fortuna– afferma il Prof. Sergio Vinci– ogni giorno capita di affrontare casi in cui riusciamo ad intervenire prima che sia troppo tardi e che ci possano essere danni permanenti. Un fattore, quello temporale, che incide in modo significativo sulla



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

prognosi e che, come in questo caso, grazie all'esecuzione della procedura meccanica, ci permette di liberare i grossi vasi ostruiti e ripristinare la circolazione.

“Presso la stroke unit– sottolinea il prof. Antonio Toscano– i pazienti vengono monitorati h 24 per osservare tutte le possibili evoluzioni. Un caso, quello trattato, potenzialmente grave, ma emblematico e significativo, nella sua dinamica, per richiamare l'attenzione sull'importanza di poter contare su una struttura di riferimento nel trattamento di patologie tempo dipendenti. In alcuni casi, laddove il paziente giunga alla nostra osservazione nell'arco di quattro ore e mezza, si può agire anche solo con il trattamento farmacologico (trombolisi) ”.

L'équipe medica della Stroke Unit, diretta dal Prof. Toscano, è composta dai Dott. Paolo La Spina, Carolina Fazio, Melina Carella, Marina Cotroneo, Cristina Dell'Aera, Francesco Grillo, Ludovica Ferrà, Teresa Brizzi, Rita Colella, Antonio Naro. In sala ad eseguire l'intervento di neuroradiologia interventistica c'erano i dottori Antonio Pitrone, Antonio Caragliano, Mariano Velo, Agostino Tessitore, Orazio Buonomo.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

ilSicilia.it

indipendente nei fatti

il fatto

CONCORSO BLOCCATO POLICLINICO PALERMO, MIDIRI: “SPERANZOSI SU SCELTE DELLA REGIONE”

Interventi bloccati al Policlinico di Palermo a causa di uno stop dalla Regione per un concorso di reclutamento di otto anestesisti.

Il rettore dell'Ateneo di Palermo, **Massimo Midiri** ha sottolineato che: *“Abbiamo un problema di personale, dati in quiescenza, progressivamente ridotto. La situazione, inoltre, si complica considerando anche l'imminente consegna di un nuovo plesso chirurgico con altre quattro sale operatorie”*. Difatti, il manager **Alessandro Caltagirone**, in una nota indirizzata all'assessore regionale **Giovanna Volo** ha evidenziando che *“Senza le nuove assunzioni, l'assistenza è a rischio”*. Il concorso è stato bloccato perché, secondo **Mario La Rocca**, dirigente generale del dipartimento Pianificazione strategica, la struttura universitaria ha già un organico dell'80%. Caltagirone, però, ha sottolineato che il Policlinico è una struttura di secondo livello con 31 posti letto di Rianimazione e attività di alta specializzazione chirurgica e che, in merito agli anestesisti in servizio: sono a pieno regime solo in 74 e non 80. Nello specifico, oltre al primario, vi sono 79 professionisti di cui 2 esonerati per motivi di salute e 5 universitari che si dedicano all'attività assistenziale. Midiri è comunque positivo in merito alla situazione: *“Noi siamo certi che la disponibilità e la sensibilità mostrata dall'assessore Volo e dal presidente Schifani porterà rapidamente alla soluzione del problema. Quindi siamo in vigile attesa, ma speranzosi”*.

Giorgia Görner Enrile

OGGI IL VERDETTO

Obbligo vaccini Dalla Consulta la “madre” di tutte le sentenze

C'è attesa per il pronunciamento della Consulta, riunita in camera di consiglio da ieri, dopo l'udienza fiume per i dubbi di costituzionalità, sollevati da 11 ordinanze, relativi al decreto 44 del 2021 che ha introdotto l'obbligo vaccinale. Intanto da oggi scattano le multe per gli inadempienti.

D'Angelo e Fulvi a pagina 5

Obbligo vaccinale, esame della Consulta Scattano le multe: il Friuli maglia nera

ROBERTA D'ANGELO

Roma

Si attende per oggi, proprio nel giorno in cui partono le multe ai no-vax, la pronuncia della Consulta sull'obbligo dei vaccini anti-Covid introdotto nel 2021 dal governo Draghi per frenare la diffusione della pandemia. L'udienza pubblica di ieri si è protratta fino a pomeriggio inoltrato, subito dopo è cominciata la camera di consiglio. Undici le ordinanze dei cinque uffici giudiziari che hanno sollevato dubbi sulla costituzionalità sia dell'obbligo sia delle sanzioni. A scendere in campo sono stati i tribunali di Brescia, Catania, Padova, il Tar della Lombardia e il Consiglio di giustizia amministrativa della Regione siciliana. Tre i giudici costituzionali relatori: Augusto Barbera, Stefano Petitti e Filippo Patroni Griffi. Molti i giuristi noti che in questi anni di pandemia hanno contestato l'obbligo vaccinale. Tra questi il professor Ugo Mattei, giurista piemontese, intervenuto con toni pacati.

Ma l'udienza fiume a tratti raggiunge toni aspri, con una quarantina di avvocati, alla presenza di diversi operatori sanitari no-vax, che attaccano senza esclusione di colpi il decreto 44 del 2021 che ha disposto il vincolo. Parlano di «ricatto: o ti vaccini o sei fuori dalla società» e di cittadini «privati della possibilità di lavorare e sopravvivere», comunque «traditi» dallo Stato, che oltre a calpestarne la dignità sociale, avrebbe impedito loro di «assicurare il pane ai propri figli».

E tutto questo, secondo i ricorrenti, «senza alcun beneficio per la collettività» visto che il vaccino, a loro dire, non avrebbe «impedito la diffusione dei contagi», quando addirittura non avrebbe prodotto «effetti collaterali gravi».

Tra gli avvocati di parte c'è anche chi accusa di «conflitto di interessi» il giudice D'Alberti nominato giudice costituzionale lo scorso settembre dal presidente Mattarella) per aver «contribuito al decreto». Parole del tutto fuori luogo per l'Avvocatura dello Stato, certa della legittimità dell'obbligo

vaccinale per il Covid: una misura disposta «nel pieno rispetto degli insegnamenti della Corte costituzionale». Di qui la richiesta di confermare la validità, visto che, ricordano i tre avvocati dello Stato, nel 2018 i giudici costituzionali hanno stabilito che il trattamento sanitario obbligatorio è legittimo se è diretto non solo a migliorare lo stato di salute di chi si è vaccinato, ma anche a preservare la salute degli altri, se le conseguenze sono tollerabili e se in caso di danni ulteriori e non prevedibili sia previsto un equo indennizzo. Tutte condizioni rispettate, dicono certi, corroborate peraltro dalle indicazioni del Comitato tecnico-scientifico. E allora, chiede l'avvocato generale Enrico De



Giovanni rivolto ai legali dei no vax, «vogliamo mettere in discussione il fatto che le vaccinazioni hanno fortemente indebolito l'incidenza della pandemia in un contesto gravissimo?». Così, dopo essersi costituita in giudizio, la presidenza del Consiglio dei ministri chiede di dichiarare infondate o inammissibili molte delle questioni sollevate. «Non avrei mai voluto sentire in quest'aula parole come coercizioni e ricatti dirette a un legislatore - continua De Giovanni -: mi rammarico profondamente e le respin-

go», incalza. Intanto, come accennato, da oggi partiranno le multe ai no vax over 50 e a tutte le categorie sottoposte a obbligo vaccinale che non hanno voluto ricorrere al siero anti-Covid (in tutto 1,9 milioni di sanzioni). Dovranno pagare 100 euro gli ultracinquantenni no vax, e come loro i lavoratori appartenenti alle forze dell'ordine o al personale sanitario, che dall'8 gennaio al 15 giugno scorso avevano rifiutato il vaccino. Sono scaduti ieri, infatti, i termini per giustificare il mancato adempimen-

to dell'obbligo previsto. Si tratta di motivazioni sanitarie, come - per esempio - l'aver contratto il Covid nel periodo indicato.

Le regioni con la percentuale più alta di inadempienti (al netto degli abitanti) sono il Friuli, seguito da Calabria e Abruzzo. Dopo la lunga giornata, la presidente della Corte costituzionale Silvana Sciarra e i giudici si sono riuniti in camera di consiglio.

L'ATTESA

Sono 11 le ordinanze che hanno sollevato dubbi di costituzionalità.

L'Avvocatura dello Stato: pieno rispetto degli insegnamenti della Corte costituzionale

La profilassi anti-Covid in Italia e i ricoveri

50

Milioni di persone che, in Italia, hanno eseguito il ciclo vaccinale: rappresentano più dell'84% della popolazione

861 mila

Le persone che si sono sottoposte soltanto alla prima dose e che risultano in attesa della seconda somministrazione

68,11%

È la quota di italiani sottoposta alle terze dosi di vaccini contro il Sars-CoV-2. In totale si tratta di 40.359.394 persone protette

5 milioni

Sono le persone che si sono sottoposte alla quarta dose della profilassi: rappresentano l'8,56 per cento della popolazione

+19,5%

È l'aumento dei ricoverati nei reparti ordinari nella rilevazione dell'ultima settimana effettuata dagli ospedali sentinella della Fiaso

+9%

Aumentano anche i posti letto occupati nelle terapie intensive, in una settimana, negli ospedali monitorati dalla Fiaso



Gli strascichi (giuridici) del Covid

In attesa della Consulta scattano le multe ai no vax

Scaduti i termini per giustificare la mancata profilassi, le sanzioni diventano esecutive
Mentre oggi i giudici costituzionali decidono sulla legittimità dell'obbligo vaccinale

FILIPPO MANFREDINI

■ Una data importante, quella di oggi, per la composta fazione no vax: nonostante l'emergenza Covid sia ormai evaporata grazie al progressivo affievolirsi della gravità dell'infezione, i pasdaran dell'opposizione alla profilassi devono - loro malgrado - restare sul pezzo. Da una parte l'attesa per la sentenza della Corte Costituzionale, che dovrà deliberare in merito all'obbligo vaccinale introdotto ad aprile 2021 dal governo Draghi per arginare la pandemia. Dall'altra, proprio da oggi diventano esecutive le sanzioni per gli over 50 e tutte le categorie sottoposte proprio ad obbligo vaccinale che invece non hanno fatto il vaccino anti-Covid. Com'è intuibile, le due questioni s'incrociano.

Partiamo dalla seconda. Ieri scadevano i termini fissati per giustificare il mancato adempimento all'obbligo vaccinale dovuto a motivi sanitari, come ad esempio l'aver contratto il Covid in quel periodo. Un obbligo mantenuto dall'8 gennaio al 15 giugno (data in cui scadeva la misura) e rivolto a tutti gli ultracinquantenni e a varie categorie professionali, tra cui forze dell'ordine e il

personale sanitario. La sanzione di 100 euro per chi, nel vero senso della parola, ha "marcato visita" ha riguardato evidentemente non poche persone, visto che complessivamente le sanzioni arrivano alla non banale cifra di 1,9 milioni di euro.

In effetti, la maggioranza di governo aveva accennato alla possibilità di sospendere le sanzioni, ma allo stato attuale questo non è avvenuto. La Lega in particolare ha provato a congelare le multe fino al 30 giugno, presentando un emendamento al decreto sui rave party: la cosa non è passata. In effetti, la questione poteva rappresentare una seccatura per Giorgia Meloni, che si sarebbe vista accusare dai pro vax, certo la maggioranza anche fra gli elettori di centrodestra. Inoltre si sarebbe posto il problema di coloro che le multe le avevano già pagate, e avrebbero dovuto essere risarciti. In ogni caso, una speranza per i no vax multati ancora esiste: non è detto infatti che possa essere la stessa Agenzia delle Entrate a congelare ulteriormente le sanzioni, in attesa di un eventuale provvedimento governativo.

L'altro fronte, come detto, è quello dell'attesa sentenza

della Consulta: i giudici dovranno decidere della legittimità costituzionale proprio dell'obbligo vaccinale. Ieri una cinquantina di no vax si sono presentati davanti alla sede, in piazza del Quirinale a Roma: qualcuno è arrivato anche da altre regioni, in particolare Veneto e Marche, c'è chi esibisce il tricolore al collo, un altro indossa una felpa con la scritta "Nati liberi". Sono ben 11 le ordinanze con cui cinque uffici giudiziari hanno, nel corso del tempo, sollevato dubbi sulla costituzionalità di obbligo vaccinale e relative sanzioni. In particolare, a dubitare della legittimità costituzionale del provvedimento sono i tribunali di Brescia, Catania, Padova, e poi il Tar della Lombardia e il Consiglio di giustizia amministrativa per la Regione siciliana. Tre i giudici costituzionali relatori: Augusto Barbera, Stefano Petiti e Filippo Patroni Griffi. Vasta invece la platea dei difensori di operatori sanitari e professori che hanno rifiutato di vaccinarsi: ognuno di questi ha motivato la sua posizione, ed è per questo che



il pronunciamento non è arrivato ieri come previsto, ma sarà promulgato oggi. Fra questi, l'ormai noto professore Ugo Mattei, giurista piemontese, paladino di alcune battaglie no vax, intervenuto ieri pomeriggio a Palazzo della Consulta: «Abbiamo quattro operatrici sanitarie disposte a tamponarsi quotidianamente per lavora-

re», ha spiegato, «ma a cui non è stata concessa la possibilità per la norme in vigore. Non è razionale dal punto di vista del contagio considerare il vaccinato più sicuro del tamponato, quando lo stesso legislatore ammette la necessità del tampone, oltre al vaccino, nei concorsi pubblici. La norma è incoerente».

Ovvio poi che proprio la sentenza della Consulta, soprattutto se dovesse giudicare incostituzionale l'obbligo-

di vaccinazione, potrà avere riflessi pure sulle sanzioni comminate a coloro che quell'obbligo.



Manifestazione no vax contro l'obbligo vaccinale



Partite le multe per i no vax over 50 Quasi due milioni sono a rischio

Sanzioni da 100 euro per chi rifiutò di immunizzarsi. Lega, emendamento per «congelarle»

ROMA Sono quasi due milioni i no vax che ora potrebbero ricevere la multa di 100 euro per non aver rispettato l'obbligo vaccinale: è stata consegnata a Poste la prima tranche di avvisi di sanzione. Scadevano ieri infatti i 180 giorni fissati per giustificare il mancato adempimento all'obbligo vaccinale, per motivi sanitari o perché nel frattempo si era contratto il Coronavirus. Chi sono i destinatari? La sanzione si applica agli ultracinquantenni che dall'8 gennaio scorso fino al 15 giugno non si erano vaccinati, ma anche a medici e operatori sanitari, lavoratori impiegati in strutture residenziali, socioassistenziali e sociosanitarie, al personale della scuola, del comparto difesa, sicurezza e soccorso pubblico, della polizia locale, degli istituti penitenziari, delle università, delle istituzioni di alta formazione artistica, musicale e coreutica e degli istituti tecnici superiori che,

sempre alla data del 15 giugno 2022, non avevano iniziato il ciclo vaccinale primario, non avevano ancora la seconda dose o non avevano ricevuto la dose booster entro i termini di validità del green pass.

L'avversione al vaccino è stata più forte in alcune regioni: la maglia nera di multe ai no vax over 50 va al Friuli Venezia Giulia, seguito da Calabria e Abruzzo. Mentre tra i territori più virtuosi ci sono Puglia, Lazio, Toscana e Molise, con percentuali di vaccinati con almeno due dosi sopra il 90% tra i 50 e i 59 anni.

Ma ci sono almeno due possibilità che le sanzioni vengano bloccate. Una passa per la Corte costituzionale, chiamata a decidere sulla legittimità dell'obbligo vaccinale. La seconda è legata al tentativo della Lega di «congelare» le multe. Il capogruppo del Carroccio al Senato, Massimiliano Romeo, e l'ex ministra Erika Stefani hanno presentato un emendamento al

decreto legge anti rave party che prevede la proroga del pagamento delle sanzioni per i no vax al 30 giugno 2023. Una previsione che si voleva inserire nel decreto Aiuti Ter e che era stata rinviata. I tempi rischiano di allungarsi? «No, il decreto rave scade il 30 dicembre, se passa non dovrebbero esserci problemi — spiega Romeo — per ora i cittadini stanno solo ricevendo l'avviso che sono sottoposti a infrazione e poi riceveranno la multa vera e propria». Passerà la sospensione? Romeo non si sbilancia: «Quando ho presentato la proposta ho avvertito un gesto di attenzione sia da parte del ministro della Salute che della presidente del Consiglio, ma da buon interista faccio mio il motto trapattoniano e non dico gatto finché non ce l'ho nel sacco: non so se riusciamo a portarla in porto, abbiamo posto il tema e speriamo che venga preso in considerazione da tutta

la maggioranza».

Da giugno l'obbligo vaccinale non vale più per over 50, per il personale della scuola e per le forze dell'ordine. Dal 1 novembre, in anticipo rispetto a quanto stabilito da Draghi (31 dicembre), non vale nemmeno più per i sanitari.

Valentina Santarpia



Inchiesta sulla Sanità

“Noi pazienti prigionieri delle liste di attesa”

di Bocci, Bompani, Dazzi, Del Bello, Di Raimondo, Landoni, Pistilli, Portolano, Rocci e Spica • alle pagine 6 e 7



Cinque mesi per una gastroscopia “Noi prigionieri delle liste d’attesa”

a cura di

Michele Bocci, Firenze
Michela Bompani, Genova
Zita Dazzi, Milano
Giuseppe Del Bello, Napoli
Rosario Di Raimondo,
Bologna
Lucia Landoni, Milano
Clemente Pistilli, Roma
Lucia Portolano, Bari
Carlotta Rocci, Torino
Giusi Spica, Palermo

Duecento giorni per una risonanza magnetica a Napoli, sei mesi per una gastroscopia a Bari, una visita oculistica non prima di febbraio a Torino. Da Nord a Sud, chi ha dolore alla schiena, mal di stomaco o il bisogno di un controllo al cuore spesso si trova a un bivio: aspettare o pagare. Viaggio nell'Italia in lista d'attesa, nel Paese in cui, come raccontato ieri da *Repubblica*, le prestazioni di controllo sono calate del 20% ri-

spetto al 2019, l'anno prima del Covid, mentre l'attività privata cresce.

Il miraggio degli esami

Quanto tempo ci vuole per una visita o un esame con priorità “D” (“differibile”), da garantire entro trenta o sessanta giorni? In molti casi, secondo i dati raccolti da *Repubblica* in diverse città italiane, meglio buscare nel 2023: a Napoli per la gastroscopia c'è posto in aprile, fra 137 giorni. Tempi simili a Torino anche per la risonanza. A Roma bisogna aspettare gennaio per andare dal cardiologo o dall'oculista. Non sono tempi da trascurare, perché in genere si tratta del primo contatto fra un paziente e il suo medico, il possibile inizio di un percorso. Per questo è importante anche monitorare le prestazioni di classe “B”, quelle da garantire entro dieci giorni perché si ritiene che la risposta debba essere

“breve”: in alcuni casi, ce ne vogliono dieci volte tanti. Ne servono il doppio a Palermo per una risonanza, quasi il triplo a Genova per l'ecografia all'addome, tre in più del dovuto a Milano per una gastroscopia, anche se il capoluogo lombardo, assieme a Firenze, è tra le città più in regola. La Toscana, in generale, è la realtà locale che ha visto un aumento delle prime visite nei primi sei mesi del 2022 rispetto allo stesso perio-



do del 2019. Tutti gli altri hanno prodotto meno attività sanitaria.

Fuga nel privato

Le alternative si trovano. Pagando. «Ho la sclerosi multipla e l'esenzione – racconta Antonella, 39 anni, della provincia di Brindisi – ma sono costretta a spendere tanti soldi per le visite perché è impossibile prenotarle con il pubblico. La mia piccola pensione non basta. Ho dovuto pagare anche per un'ecografia alla tiroide». «Da anni ho problemi di schiena, mi hanno prescritto una terapia peridurale quando a maggio sono rimasto bloccato – dice Rocco Imperiale, 74 anni, di Torino – il reparto che si occupava di terapia del dolore è stato trasferito e in quello nuovo mi hanno detto che il primo posto sarebbe stato a novembre. Mi sono rivolto al privato, ho speso 900 euro». Ha 43 anni Francesco, di Napoli, un papà ucciso da un tumore al colon e lui con rigurgito e un mal di stomaco da settembre: «Il primo appuntamento in tutta l'Asl per la gastroscopia è il 17 aprile del 2023. Se fosse un cancro, più di 4 mesi sono una follia».

C'è chi dice no. E aspetta

Francesca, professionista bolognese,

da sei mesi cerca di aiutare i suoi genitori – il papà di 70 anni e la mamma di 65 – a prenotare due esami. A suo padre, l'estate scorsa, il medico ha consigliato un esame, l'agoaspirato, dopo aver trovato dei noduli alla tiroide. Lui è ancora in fila. «Se ci fosse qualcosa di grave, avremmo perso sei mesi. Privatamente ci hanno chiesto 250 euro. Mio padre sarebbe esente. In più, per principio, non vuole pagare visto che esiste un'Aus», racconta sua figlia. I medici sono preoccupati: «Quando chiediamo una risonanza entro trenta giorni, non sempre viene garantita e rischia di essere fatta troppo tardi», dice Salvatore Bauleo, dottore di famiglia di Bologna. Pier Luigi Bartoletti, segretario della Federazione medici di medicina generale di Roma, avverte: «Chi ha determinate patologie non può attendere tempi lunghi».

Il decalogo lombardo

Anche la Lombardia corre ai ripari. Sono dieci le prestazioni per le quali si aspetta molto più del dovuto e la giunta ha approvato una delibera per migliorare i tempi di attesa. Il presidente Attilio Fontana e l'assessore al Welfare Guido Bertolaso promettono che 66 mila cittadini ai quali è stato dato un appuntamento fuori dai tempi massimi previsti (3mila

di questi avevano l'urgenza a dieci giorni), tra gennaio e giugno 2023, saranno richiamati per anticipare la data. Il tema delle attese spropositate nella sanità pubblica, negli stessi ospedali che poi privatamente garantiscono la chiamata quasi immediata del paziente, è uno di quelli cruciali in campagna elettorale. «È una situazione che non può essere più accettata a queste condizioni. L'abbattimento dei tempi d'attesa è sempre stato uno dei principali obiettivi – dice Fontana – Tanto è stato fatto, ma anche per cause indipendenti dalla nostra volontà, come la carenza di alcune figure specialistiche, figlie di programmazioni nazionali sbagliate, si può ancora fare tanto».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

La nostra inchiesta sui tempi per accedere a visite ed esami, da Milano a Palermo: fino a 200 giorni per una risonanza che la sanità dovrebbe garantire in dieci

TORINO	
PRIORITÀ B	
	1 GIORNO VISITA CARDIOLOGICA
	7 GIORNI VISITA OCULISTICA
	7 GIORNI VISITA GINECOLOGICA
	1 GIORNO ECOGRAFIA ADDOME
	1 GIORNO GASTROSCOPIA
	3 GIORNI RM RACHIDE
PRIORITÀ D	
	1 GIORNO visita cardiologica
	77 GIORNI visita oculistica
	7 GIORNI visita ginecologica
	70 GIORNI ecografia addome
	137 GIORNI gastroscopia
	125 GIORNI rm rachide

GENOVA	
PRIORITÀ B	
	8 GIORNI VISITA CARDIOLOGICA
	5 GIORNI VISITA OCULISTICA
	1 GIORNO VISITA GINECOLOGICA
	27 GIORNI ECOGRAFIA ADDOME
	7 GIORNI GASTROSCOPIA
	1 GIORNO RM RACHIDE
PRIORITÀ D	
	21 GIORNI VISITA CARDIOLOGICA
	5 GIORNI VISITA OCULISTICA
	1 GIORNO VISITA GINECOLOGICA
	27 GIORNI ECOGRAFIA ADDOME
	56 GIORNI GASTROSCOPIA
	74 GIORNI RM RACHIDE

MILANO	
PRIORITÀ B	
	1 GIORNO VISITA CARDIOLOGICA
	5 GIORNI VISITA OCULISTICA
	1 GIORNO VISITA GINECOLOGICA
	1 GIORNO ECOGRAFIA ADDOME
	13 GIORNI GASTROSCOPIA
	6 GIORNI RM RACHIDE
PRIORITÀ D	
	1 GIORNO VISITA CARDIOLOGICA
	12 GIORNI VISITA OCULISTICA
	1 GIORNO VISITA GINECOLOGICA
	1 GIORNO ECOGRAFIA ADDOME
	13 GIORNI GASTROSCOPIA
	14 GIORNI RM RACHIDE

I tempi di attesa per visite ed esami nelle principali città

I dati sono stati raccolti dalle redazioni locali di Repubblica contattando i centri di prenotazione nella giornata del 30 novembre



INFOGRAFICA DI ROBERTO TRINCHIERI



I no alla proposta del ministro: è irricevibile

I medici contro Schillaci “Non aumenti, ma rinforzi lavoriamo già troppo”

Non convince neanche la Manovra: “Favorisce i liberi professionisti, chi resterà nel pubblico?”

di **Michele Bocci**

Non piace e fa anche un po' arrabbiare i medici la proposta del ministro della Salute Orazio Schillaci di dare un aumento ai camici bianchi che mettono a disposizione più ore di lavoro. In un periodo delicato per la sanità come questo, proposte del genere possono essere dirompenti. Il sistema pubblico è in grave difficoltà a causa del Covid, che ha ridotto il lavoro sulle altre patologie anche per problemi con gli organici. E in più c'è la Finanziaria, che secondo la destra al governo, e quindi anche per il ministro, comunque qualcosa mette. «Non è vero – attacca Piero di Silverio, il segretario di Anaa, il principale sindacato degli ospedalieri – Faranno la flat tax che foraggia i medici a gettone. I liberi professionisti passano dal 41 al 15% di tasse, che convenienza ci sarà a stare nel servizio sanitario nazionale?».

Il riferimento è a quei dottori che scelgono di lavorare a chiamata soprattutto nei pronto soccorso. Guadagnano 1.200-1.500 euro lordi per un turno di 12 ore. Anaa il 15 dicem-

bre manifesterà a Roma, aprendo una stagione di battaglie. «Non è un'iniziativa di destra o di sinistra, ci rivolgiamo ai cittadini. Devono capire che ci avviciniamo a una Caporetto». Per Di Silverio «non va bene lavorare di più. I medici abbandonano gli ospedali non a causa degli straordinari ma del lavoro ordinario troppo duro. Non siamo in catena di montaggio, dove più si produce più si viene pagati. È offensivo».

Molto critica anche la Cgil: «Le parole del ministro danno la misura di quanto non conosca la realtà delle aziende sanitarie. In tutti i servizi i medici lavorano già molto di più delle 38 ore settimanali, ogni anno accumulano un extra orario medio di 200 ore che non viene retribuito. Per non parlare delle ferie non godute», dice il segretario nazionale Andrea Filippi. Il presidente della Federazione degli Ordini (Fnomceo) Filippo Anelli chiede risorse: «Non è chiaro quanto viene messo a disposizione dalla manovra. In base ai nostri conteggi andrebbero vincolati 2 miliardi, dei 4,2 di aumento, per i medici. Servirebbero a chiudere i nuovi

contratti collettivi di ospedale e territorio, visto che devono essere ancora chiusi quelli del 2019-2021. Sarebbe un primo segnale».

L'ex ministro Roberto Speranza ieri a Metropolis di *Repubblica* ha ricordato: «Noi abbiamo messo 10 miliardi in più in 3 anni come non si era mai fatto prima. La consapevolezza di cittadini e istituzioni sul Covid ha spinto a un maggior finanziamento. Non vorrei che chiusa la fase più drammatica si tornasse al passato, a investimenti minori».

Tra il personale ci sono anche gli infermieri. La Fnopi, Federazione degli Ordini delle professioni infermieristiche, ricorda che quelli italiani «sono tra i meno pagati d'Europa e anche per questo c'è un esodo verso Paesi dove gli stipendi sono migliori: oggi lavorano all'estero almeno 20.000 infermieri che hanno studiato qui». © RIPRODUZIONE RISERVATA

Primo piano *L'Intervista* di Michele Bocci

Schillaci “Stipendi migliori a chi passa più ore in corsia Solo così cureremo tutti”

L'intervista
Ieri su Repubblica l'intervista al ministro della Salute Orazio Schillaci



► **Il ministro**
Il titolare della Salute, Orazio Schillaci, Medico e accademico, 56 anni, è stato rettore dell'università romana di Tor Vergata



Sanità al collasso

Pochi medici, attese infinite

La rivolta delle Regioni: «Più soldi dal governo»

Asse inedito tra Lombardia e Campania per stabilire il riparto del fondo sanitario 2022
 «Con 4,4 miliardi si coprono appena le spese sostenute per fronteggiare il Covid»

di **Antonio Troise**

ROMA

È guerra aperta fra Regioni e governo sui fondi per la sanità. Con una novità non irrilevante: si è creato, infatti, un asse inedito fra Lombardia e Campania per contestare il riparto delle risorse. Pomo della discordia anche il capitolo della Legge di Bilancio destinato a Asl e ospedali, con una dote di 4,4 miliardi che i governatori giudicano insufficiente non solo per fare fronte all'eredità ancora ingombrante del Covid ma, soprattutto, alla luce del caro-bollette e dell'inflazione. Ma sul piede di guerra non ci sono, solo, i medici ospedalieri. Anche quelli di famiglia sono pronti alla mobilitazione e minacciano, addirittura, una serrata degli ambulatori. Cerca di calmare le acque il neoministro della Salute, Orazio Schillaci che difende la manovra economica ma spera anche di trovare nuove risorse per sostenere il settore.

Nel frattempo, punta a incentivare i medici per farli lavorare più ore in corsia e ridurre, così, le liste di attesa. «I nostri organici - spiega in un'intervista - non sono inferiori a quelli di altri Paesi e, in ogni caso, non possiamo da un giorno all'altro trovare nuovi dottori». Ma, la tensione è altissima. E il presidente della Lombardia, Lorenzo Fontana, non nasconde la sua irritazione. «A questo punto mi alleo con il governatore della Campania, Vincenzo De Luca, e dico che anche io voglio essere riportato

quantomeno alla media nazionale». Pomo della discordia, i criteri per il riparto del fondo sanitario del 2022, per il quale ancora manca un'intesa. Il prossimo round è previsto domani, ma la strada per un'intesa è tutta in salita. In gioco, circa 118 miliardi di euro da assegnare secondo una serie di criteri, dall'età media al cosiddetto indice di «deprivazione» che considera anche fattori socio-economici (come la povertà o l'indice di mortalità).

Il presidente della Campania, da sempre in prima linea sul fronte della sanità, incassa la solidarietà del collega lombardo ma non fa commenti: «È un ulteriore segnale politico al governo in vista della prossima riunione». Ma la verità è che i 4,4 miliardi di risorse aggiuntive previste dalla manovra del 2023 (la metà dei quali già stanziata dal precedente esecutivo) sono appena sufficienti a coprire i costi aggiuntivi già sostenuti per l'emergenza Covid e che si attestano sui 3,8 miliardi. Se a questo aggiungiamo le spese schizzate alle stelle per l'energia e per gli altri costi di funzionamento delle strutture, è evidente che i conti non tornano. «Spero che nel passaggio parlamentare i fondi previsti dalla manovra siano raddoppiati. O che si valuti per lo meno la possibilità

di attingere alle risorse europee del Mes», fa sapere l'assessore alla Sanità del Lazio, Alessio D'Amato. Preoccupato anche il presidente dell'Emilia-Romagna, Stefano Bonaccini: «I due miliardi in più previsti per il prossimo anno non saranno sufficienti. Anzi, il rapporto fra Pil e spesa sanitaria sarà il più basso degli ultimi anni». Sulla stessa linea anche l'ex ministro della Salute, Roberto Speranza: «La lezione del Covid ci insegna che dobbiamo mettere più risorse nel settore. Invece, non si investe più come prima».

L'ultima versione della legge di Bilancio non piace per nulla neanche ai medici di famiglia. «Se necessario siamo primo a una mobilitazione, anche con la serrata dei nostri studi», minaccia Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg, la federazione del settore. «Siamo sottoposti a carichi di lavoro insostenibili e economicamente penalizzati per i costi del caro energia. Ed è francamente inaccettabile la totale assenza nelle manovre economiche di misure di sostegno per la categoria». Infatti, rispetto ad altre categorie di professionisti che adeguano le tariffe ai costi sostenuti, spiega Scotti, «il nostro è un servizio pubblico regolamentato da una Convenzione con il Sistema Sanitario Nazionale. Abbiamo i redditi fermi a 4 anni fa mentre i costi sono aggiornatissimi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'intervista / 1

Gli infermieri

«Organici all'osso e paghe da fame»

 di **Giulia Prosperetti**

ROMA

Stipendi migliori a chi passa più ore in ospedale. Barbara Mangiacavalli, presidente Fnopi, cosa ne pensa della proposta del ministro della Salute Orazio Schillaci?

«Siamo felici che il ministro Schillaci richiami la necessità di stipendi migliori per chi ormai passa gran parte della sua vita ad assistere i malati in corsia. Tuttavia non è sufficiente per risolvere i problemi strutturali del nostro Sistema Sanitario Nazionale. Per far fronte alle richieste di maggiore salute da parte dei cittadini è necessario intervenire sugli organici e dare una corretta attuazione dell'organizzazione dei servizi sul territorio. Il Pnrr ha infatti previsto in questo senso nuovi modelli, nuove strutture e un nuovo tipo di assistenza, più

vicini alle famiglie e al territorio».

Qual è la situazione degli infermieri?

«Gli infermieri in Italia sono tra i meno pagati d'Europa: le loro retribuzioni in media sono, secondo gli ultimi dati Ocse, al ventiquattresimo posto in classifica su 34 Paesi e inferiori di circa 10mila euro a parità di poter di acquisto. Il problema delle retribuzioni è sicuramente determinante anche per l'attrattività della professione. Anche per questo assistiamo all'esodo verso Paesi dove gli stipendi sono migliori: oggi lavorano all'estero almeno 20mila infermieri che hanno studiato in Italia».

Nel 2023 ci saranno 4 miliardi e 200 milioni in più per la sanità. Quali gli investimenti necessari per migliorare le condizioni di lavoro del personale sanitario e il servizio offerto ai pazienti?

«Gran parte delle risorse aggiuntive destinate alla Sanità

andranno comprensibilmente a coprire i costi dell'aumento dei prezzi dell'energia. Le risorse restanti dovrebbero essere destinate alla valorizzazione della professione infermieristica: percorsi di specializzazione a livello universitario, retribuzioni all'altezza dei nuovi ruoli e delle nuove responsabilità, riorganizzazione dei servizi secondo criteri di qualità. La professione infermieristica deve crescere e differenziarsi per responsabilità, competenze e percorsi di carriera e gli infermieri devono essere i responsabili della propria formazione e di quella delle figure che li supportano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Hanno detto

«IN FUGA ALL'ESTERO»



Barbara Mangiacavalli
Presidente Fnopi

«Oggi lavorano all'estero almeno 20mila infermieri che hanno studiato in Italia. C'è un vero e proprio esodo».



L'intervista / 2

I pazienti

«Due anni per un esame È ora di dire basta»

ROMA

Secondo il ministro della Salute Orazio Schillaci il problema delle lunghe liste di attesa nel servizio sanitario nazionale è solo «organizzativo». Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva, qual è la situazione che vivono i pazienti?

«Il fenomeno delle liste di attesa è determinato da un problema organizzativo e da una carenza di personale sanitario che interessa il nostro Paese, in particolare in alcune zone e in alcuni ambiti. Mancano in particolare infermieri, medici di medicina generale e specialisti nell'ambito dell'emergenza-urgenza. Tutto questo ricade inevitabilmente sui cittadini che vedono allungarsi i tempi di attesa per

«CITTADINI LASCIATI SOLI»



Anna Lisa Mandorino

Segretaria di Cittadinanzattiva

«Sono evidenti le carenze di una assistenza territoriale che lascia soli i cittadini»

alcune prestazioni e le attese nei Pronto soccorso. Ed è assurdo che si consideri il fenomeno quasi come una patologia intrinseca del nostro Servizio sanitario nazionale».

Quali le maggiori criticità denunciate dai pazienti sul fronte dell'assistenza e dell'accesso ai servizi del SSN?

«Fra i cittadini che si rivolgono ai nostri sportelli sul territorio e a livello nazionale, quasi uno su quattro segnala difficoltà di accesso alle prestazioni sanitarie e fra questi oltre il 70% lamenta attese troppo lunghe: parliamo di quasi due anni per una mammografia e di circa un anno per un'ecografia, una tac, un intervento ortopedico. E poi sono evidenti le carenze di una assistenza territoriale che, al di fuori degli ospedali, lascia spesso i cittadini senza le cure di cui hanno bisogno. In alcuni territori, come le aree interne, mancano persino i medici di famiglia e i pediatri di libera scelta».

Su quali fronti dovrebbe intervenire il Governo?

«È importante recuperare le prestazioni ordinarie ed abbattere le liste di attesa ma anche lavorare sul sistema e garantire non solo prestazioni ma percorsi per la presa in carico dei pazienti, soprattutto cronici. Occorre sbloccare con urgenza i vecchi livelli essenziali di assistenza, ancora bloccati dalla mancata approvazione del decreto Tariffe, un impegno al quale sono chiamate le Regioni, non solo il Governo. In una ottica di responsabilità condivisa e con la sfida di abbattere le disuguaglianze di salute che affliggono il nostro Paese.

Giulia Prosperetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



03

Schillaci, 'fondi in Manovra per Sanità primo segnale inversione di tendenza'

"Oggi, in una situazione di grave difficoltà determinata dalla crisi energetica, dalla guerra in Ucraina, dal caro bollette, con la necessità di sostenere famiglie e imprese per evitare il tracollo della nostra economia, il Governo ha assicurato alla sanità 2 miliardi e 200 milioni di euro in più nel 2023, ai quali si aggiungeranno altri 2 miliardi e 400 milioni nel 2024. E questo credo rappresenti un primo segnale di un'inversione di tendenza che sono certo si consoliderà con i bilanci dei prossimi anni". Ad assicurarlo è stato il ministro della Salute Orazio Schillaci, intervenendo all'Università degli Studi del Molise alla cerimonia di inaugurazione dell'Anno accademico 2022/2023.

"Purtroppo abbiamo ereditato una situazione carente a causa dei tagli pesanti alla spesa sanitaria. Le carenze e le difficoltà di oggi sono il risultato di scelte sbagliate del passato, quando la sanità era considerata la 'Cenerentola' del bilancio statale. Basti ricordare che dal 2013 al 2019 il Fondo sanitario nazionale - ricorda - è stato costantemente defianziato dai vari Governi che si sono succeduti soltanto con l'arrivo di questa terribile pandemia. Di fronte al dato impressionante di 180.000 morti si è capito che la spesa per la salute pubblica è una spesa primaria e irrinunciabile".





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

Sanità pubblica le sfide post-Covid

Petralia nell'inserto centrale



I compiti a casa della Sanità pubblica

Fuga delle risorse umane, crisi di "vocazioni" tra i giovani, liste di attesa da abbattere, costi in crescita, fondi insufficienti: come si affronta il rebus del post-Covid?

PAOLO PETRALIA

In questo tempo di prospettive post-pandemiche, la sanità pubblica italiana sta attraversando un momento particolarmente critico sotto diversi punti di vista, ma potenzialmente altrettanto ricco di occasioni di miglioramento. Come ogni tempo di cambiamento, il carattere di "crisi" accentua l'esigenza di revisione e di ripartenza, con il suo carico di aspettative correlate: e così è anche per le Aziende del Sistema sanitario nazionale. La domanda di salute cresce, e le aspettative della popolazione di ricevere cure secondo criteri di equità sono sempre più pressanti. A cominciare dall'esigibilità dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e dal recupero di quel terzo di prestazioni perso durante la pandemia, nonché dallo sviluppo delle nuove attività previste dal rilancio della sanità territoriale col Decreto ministeriale 77/22 e dagli investimenti in edilizia, tecnologia e digitalizzazione sanitaria determinati dal Pnrr. Un periodo tutt'altro che semplice, caratterizzato però innanzitutto dalla "fuga" del personale sanitario dalle nostre Aziende, che si manifesta attraverso una serie di epifenomeni che rappresentano un segnale da non sottovalutare: la fuga del personale medico dalle corsie e dal rapporto di lavoro dipendente a favore del lavoro nel settore privato o nelle cooperative di professionisti; la progressiva cessazione dal rapporto di





lavoro dei medici di Medicina generale non sostituiti da giovani medici; la progressiva riduzione del personale infermieristico in servizio, accompagnata dalla carenza di immatricolazioni alle facoltà delle professioni infermieristiche. Nelle nostre Aziende manca il ricambio generazionale, gli organici sono sempre più vecchi e i posti disponibili in alcune specialità mediche e nella facoltà di infermieristica non vengono saturati da nuovi iscritti, quasi a caratterizzare una vera e propria "crisi vocazionale", ammettendo che queste professioni non rispondono più alle aspettative dei giovani.

Alla carenza di risorse umane – il principale capitale aziendale – si aggiunge la contestuale contrazione di risorse economiche, a rendere sempre meno sostenibile il rapporto tra costi di produzione e prestazioni socio-sanitarie erogate: non solo in ragione della spinta inflattiva, della crisi energetica e delle parziali mancate coperture alle spese straordinarie per il Covid, che stanno mandando in crisi i conti delle Regioni fin qui più virtuose. Ma anche per la costante crescita del costo dei fattori produttivi in sé, come i farmaci e i dispositivi medici. In questa congiuntura, l'indicazione di rallentamento se non di stasi per il prossimo triennio indicata nella Nedef (Nota di aggiornamento del documento di economia e finanza) per la sanità aggiunge un forte rischio di insostenibilità di sistema.

Come riuscire a coniugare allora, ad esempio, l'aumento del reclutamento del personale sanitario, l'abbattimento delle liste di attesa e la ripresa degli *screening* con un riparto delle risorse insufficiente? Valorizzando competenze e eccellenze, efficientando le integrazioni tra ospedale e territorio e tra sociale e sanitario, e promuovendo con lo sviluppo della ricerca e del trasferimento tecnologico il motore dell'innovazione. Non dimenticando però la necessaria contestuale valorizzazione degli operatori in termini di carriere e contratti, ma anche

di regole di ingaggio e di eliminazione di tetti di spesa. E naturalmente con un fondo sanitario nazionale saldamente ancorato a una percentuale sostenibile del Prodotto interno lordo.

In tutto questo, il *management* aziendale gioca un ruolo fondamentale, come regista del cambiamento e di una stagione di partecipazione e coinvolgimento nella *governance* socio-sanitaria di tutti gli attori comunitari. Per costruire una sanità di prossimità e personalizzata, orizzonte costitutivo di una medicina umanizzata e umanizzante, sempre più evocata e invocata a tutti i livelli.

Ma al tempo stesso capace di introdurre metodologie gestionali innovative e di valore, come la digitalizzazione – paradigma di un nuovo ecosistema per attività globali, ad alto contenuto tecnologico e fruibili anche a distanza – e il "*lean management*", con cui fornire alla *governance* aziendale principi, strumenti e opportunità di cambiamento reale che poi si possono tradurre in beneficio per l'organizzazione. Una delle strade per un rinnovamento sostenibile, capace di ingaggiare le persone dal punto di vista delle *soft-skill* e della motivazione: partecipare a un cambiamento significa dunque migliorare sé stessi e la propria organizzazione, realizzando strutture gestionali agili, che lavorano per processi e che si pongono l'obiettivo di eliminare gli sprechi, ricercando aree di miglioramento, nel rispetto degli attori coinvolti.

L'analisi puntuale di ciascuna di queste prospettive tematiche potrà offrire spunti e considerazioni utili per tentare tutti insieme un rilancio del nostro sistema sanitario nazionale, in termini di investimento sulla salute e pertanto, a cascata, su tutte le politiche settoriali del Paese.

Vice presidente vicario Fiaso
Federazione italiana Aziende sanitarie ospedaliere



Dopo il Covid molte le sfide per la sanità



Il diritto negato alla salute

di **Daniela Minerva**

Esiste ancora il Servizio sanitario nazionale? Con i cittadini costretti a pagare di tasca propria visite ed esami necessari, magari richiesti di gran carriera da un oncologo, da un cardiologo, da un neurologo che ha accertato una

patologia in atto; se la differenza tra la vita e la morte, tra lo star bene e il soffrire è la disponibilità economica, come ha raccontato *Repubblica* ieri, possiamo ancora parlare di un servizio gratuito e universale?

● a pagina 31

La crisi della sanità pubblica

Il diritto negato alla salute

di **Daniela Minerva**

Esiste ancora il Servizio sanitario nazionale? Con i cittadini costretti a pagare di tasca propria visite ed esami necessari, magari richiesti di gran carriera da un oncologo, da un cardiologo, da un neurologo che ha accertato una patologia in atto; se la differenza tra la vita e la morte, tra lo star bene e il soffrire è la disponibilità economica, come ha raccontato *Repubblica* ieri, possiamo ancora parlare di un servizio gratuito e universale? Mentre cresce la montagna di soldi che noi spendiamo per curarci (arrivata a 37 miliardi di euro l'anno scorso), ma calano i quattrini messi a disposizione per far funzionare la macchina pubblica (dal 2010 l'aumento del fondo, 0,9 per cento l'anno, è ben più basso di quello dell'inflazione), possiamo ancora dire che il mandato costituzionale è rispettato? Stiamo male, il dottore ci dice perché, ma le/gli servono altri accertamenti, le/gli serve il parere di uno specialista capace di indirizzarci a una cura per il nostro tumore, per il nostro cuore che non ce la fa più. Poi serve un chirurgo, magari un radioterapista; servono le cure. E il bello è che lì, negli ospedali pubblici, i migliori senza se e senza ma, potremmo trovare una soluzione. Grazie a questo straordinario strumento di solidarietà collettiva che è il Ssn, il simbolo stesso della coesione sociale, il luogo dove chi soffre trova risposte, grazie alla fiscalità generale, ovvero a tutti noi; perché in quell'essere umano che soffre ci riconosciamo tutti, mortali e in balia dei capricci della biologia. Che altro è la medicina se non la



cocciuta determinazione della società di contrastare il dolore e la morte? E in Italia, grazie alla legge istitutiva del Ssn del 1978, vediamo ogni momento e in ogni angolo del paese che si può fare. Bello, no? Ma non funziona più. Perché?

In sintesi, tre le ragioni. Il progressivo definanziamento che ha fatto scendere, dal 2000 al 2021, la quota di Pil destinata a curare gli italiani. Oggi pari al 6,4 per cento, meno della media Ocse (8,8 per cento), lontana anni luce da quella dei paesi con cui ci piace confrontarci: Francia e Germania, ad esempio spendono circa il 10 per cento. Tagli su tagli che si sono tradotti nello svuotamento delle corsie, medici e infermieri andati in pensione e mai sostituiti. Oggi si dà la colpa al Covid che, di certo, sospendendo, o rallentando enormemente, le attività non di emergenza per un'oltre due anni, ci ha messo il carico da novanta, ma così non è. Perché la massa di malati in liste d'attesa lunghe anche anni c'era già prima del Covid. E lo abbiamo raccontato mille volte. 200 giorni per una mammografia, mesi per un intervento chirurgico, fino a un anno per le protesi... e tutti sappiamo che da anni e anni chi può permetterselo le salta con la carta di credito in mano. È troppo facile dare la colpa al coronavirus per una disfunzione antica. Se i medici non ci sono, le sale operatorie funzionano non a tempo pieno, gli strumenti si inceppano perché qualcuno ha pensato di poter risparmiare sulla nostra salute, non poteva che andare così. Senza soldi non si possono curare i malati.

A questo si aggiunge l'insopportabile disparità regionale. La riforma del Titolo V della Costituzione assegna alle regioni di organizzare le cose. C'è chi l'ha fatto bene: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia

Romagna, Toscana, e non solo. C'è chi l'ha fatto male: Campania, Sicilia, ma anche altre regioni del centro nord sono in difficoltà: non si può dare la colpa solo al disservizio o alla corruzione, perché sanità vuol dire età media della popolazione, vuol dire strutture dei territori. Come, purtroppo, vuol dire atteggiamento della popolazione: rassegnarsi al disservizio è stata, in molti luoghi, la giustificazione per ulteriori disservizi. Ma la differenziazione regionale ha anche portato a modelli sciagurati, come quello Lombardo, centrato sul profitto e sugli ospedali (che del profitto sono i centri nevralgici) e sull'abbandono della medicina territoriale. La Lombardia, con le sue straordinarie eccellenze medico-scientifiche, non sa garantire salute alla sua gente, e molte regioni che ne hanno copiato il modello sono in affanno.

Infine: la stupidità di chi non ha calcolato bene il fabbisogno di medici e sanitari. Ha sbagliato prima il conto dei ragazzi da ammettere a medicina, anno dopo anno, e poi ha strangolato l'accesso alle scuole di specialità, la strada obbligata per entrare nel Ssn. Roba da far cadere le braccia. Ma, proviamo a chiederci: anche se ci fossero i medici, ospedali e asl senza soldi come li arruolerebbero?

Definanziamento, disparità regionale e calcolo errato di ammissioni all'università sono i motivi principali

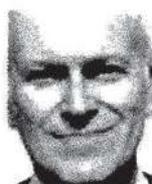


**DIECI ANNI DI TAGLI
GLI SCUDIERI
DEL PD
SCOPRONO
LA SANTÀ
MALATA**

di **MAURIZIO BELPIETRO**

■ *Repubblica* ha scoperto che in Italia la sanità non funziona. Ieri infatti, il quotidiano di casa Agnelli, forse per non essere costretto a titolare sui

falsi in bilancio della Juventus, apriva il giornale con un titolo a tutta pagina: «Costretti alla Sanità privata». Il sommario era ancora più esplicito: «Le lunghe (...) segue a pagina 5



La sanità va curata dai danni del Pd ma per la sinistra l'emergenza è ora

In un decennio tagliati 37 miliardi, però gli «Speranza boys» scoprono solo con l'attuale governo i ritardi per i malati gravi, la carenza nei ricoveri e il deficit di personale in corsia. Prima non se ne preoccupavano

Segue dalla prima pagina

di **MAURIZIO BELPIETRO**

(...) liste di attesa nelle strutture pubbliche fanno saltare una prestazione su cinque. E i malati sono spinti a pagare esami e visite». Sì, all'improvviso, dopo un solo mese di governo Meloni, a Largo Fochetti dove ha sede la storica testata fondata da **Eugenio Scalfari** si sono accorti dell'emergenza ospedali. Quando al ministero della Salute c'era

Roberto Speranza, e le liste di attesa non erano certo inferiori ma semmai più lunghe a causa del Covid, a nessuno in redazione era venuto in mente di controllare il tempo richiesto per una visita oncologica o per un esame cardiologico. Certo una dimenticanza, dovu-



VERITÀ

ta all'incalzare degli eventi, elezioni di fine settembre comprese. Ma poi, una volta insediato il nuovo Parlamento e fatto il governo di centrodestra, ecco spuntare

una puntuta diagnosi sullo stato di salute del nostro sistema sanitario, con i ritardi per i malati gravi, la carenza di posti letto e il cronico deficit di personale in corsia.

Mancano migliaia di medici e ancor più infermieri e le responsabilità di certo non sono di chi si è insediato poche settimane fa a Palazzo Chigi, anche se criticando la manovra i giorna-

lioni, compresa *La Repubblica*, non hanno mancato di osservare che il governo ha stanziato «appena» 2 miliardi per far fronte alle esigenze del settore. Le colpe infatti vengono da lontano, anche se il giornale di casa Agnelli non ne fa menzione. Alla lacuna dunque provvediamo noi, passando in rassegna le finanziarie degli ultimi anni. Se non ci sono anestesisti e rianimatori, se i virologi stanno più in tv che in reparto, se i posti letto sono calati invece di aumentare e i pronto soccorso sono sguarniti, si devono ringraziare i governi che si sono succeduti negli ultimi dieci anni. Tanto per fare nomi, cognomi e cifre, il primo che merita un pubblico riconoscimento è l'ex rettore della Bocconi, **Mario Monti**, il quale appena giunto a Palazzo Chigi, con la scusa della spending review, si diede da fare con le

forbici oltre che con le tasse. Risultato, in un colpo solo procedette con un taglio lineare dei costi per 6,8 miliardi, con un blocco del turnover (cioè chi andava in pensione o si dimetteva non veniva sostituito) e la cancellazione di 27.000 posti letto. Un'opera proseguita da chi è venuto dopo il senatore a vita, ossia **Enrico Letta** e **Matteo Renzi**. Secondo la fondazione Gimbe, tra il 2011 e il 2015 la Sanità ha visto sparire 25 miliardi, che si sono tradotti in una contrazione di servizi e personale. Non è finita, per rispondere alle richieste di Bruxelles, **Paolo Gentiloni** e **Giuseppe Conte** hanno sacrificato sull'altare del rigore altri 12 miliardi. In totale, dunque, il taglio in un decennio è stato di 37 miliardi.

Le sforbiciate più rilevanti, come detto, sono avvenute quando alla guida dell'esecutivo c'era il trio Lescano del Pd, ossia **Letta**, **Renzi** e **Gentiloni**: una botta da cui gli ospedali non si sono tuttora ripresi.

E però a *Repubblica* si sono accorti dell'emergenza sanitaria solo ora che il Partito democratico è all'opposizione e **Roberto Speranza** non è più l'inamovibile ministro che ci voleva tutti in lockdown. Quando l'ex assessore all'urbanistica di Potenza (messo a occuparsi della salute degli italiani per sinistri meriti speciali) era ai vertici del ministero, a nessuno è venuto in mente

di controllare quanto lunghe fossero le liste di attesa e quanti interventi fossero rinviati. Beh, provvediamo noi: nel 2020, a causa del Covid ma non solo, sono stati disposti 2,5 milioni di ricoveri in meno e 1,7 milioni di mancate prestazioni in day surgery e day hospital. Per non parlare di visite ed esami saltati, di rinvii diagnostici e di prestazioni, come le cure per disturbi mentali, cancellate. Sì, fino a ieri le condizioni di salute del nostro sistema ospedaliero erano pessime, ma curiosamente nessuno se n'è preoccupato. Anzi, **Speranza** era il migliore ministro che ci potesse capitare in sorte. Un argine contro la barbarie. Una garanzia a tutela delle linee guida dell'Oms. Peccato che con qualche anno di ritardo la verità stia emergendo. Tuttavia, avremmo un suggerimento per i colleghi di *Repubblica*: invece di titolare «Costretti alla Sanità privata» perché non scrivere «Costretti a curarci dai danni di questi signori»? Magari con tanto di istantanee di premier e ministri a cui dobbiamo dire grazie per il disastro attuale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Il primo fu Monti:
via 6,8 miliardi, turn
over bloccato e 27.000
posti letto in meno*

*La trimurti dem Letta
Renzi e Gentiloni
ha dato un colpo
letale agli ospedali*



WELFARE SANITÀ

Assistenza più efficace se a fianco c'è il privato

Il sistema dei Fondi integrativi oggi assicura almeno 15,6 milioni di italiani. Ma c'è bisogno di una legge che preveda controlli e regole sull'esempio della previdenza complementare. Il ruolo della contrattazione collettiva

MARCO BARBIERI

N

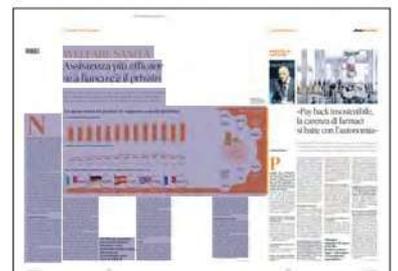
ell'equilibrio della sanità italiana il ruolo dei Fondi integrativi è ormai irrinunciabile. Non per sostituire il Sistema sanitario nazionale (Ssn) nelle sue 21 varianti regionali, ma per evitare che le sue prestazioni, sebbene formalmente garantite, risultino inaccessibili. «Il problema delle liste d'attesa causa numerose rinunce a visite specialistiche, soprattutto nel Centro-Sud del Paese, dove il ruolo dei Fondi sanitari integrativi è più limitato». Così Giovanna Gigliotti, ad di UniSalute, che ribadisce una tesi consolidata in linea teorica, ma ancora praticata da una minoranza del Paese. Una minoranza consistente – sono ormai oltre 15,6 milioni gli italiani iscritti ai Fondi – ma pur sempre una minoranza.

La spesa sanitaria privata nel 2021 ha superato 41 miliardi di euro, rappresentando più del 24% dell'intera spesa degli italiani per la salute. Ma di questa enorme somma

in Italia solo l'11% è intermediata dai Fondi sanitari, l'89% è sostenuta direttamente dalle famiglie: una percentuale lontana dal 58,5% della Francia o dal 71,9% della Gran Bretagna. L'analisi fornita da UniSalute è stata illustrata nel corso di una tavola rotonda – dal titolo “Il ruolo della componente integrativa per l'equilibrio del sistema di welfare italiani” – svoltasi a margine della presentazione del Rapporto 2022 di Welfare Italia, il laboratorio per le nuove politiche sociali nato per iniziativa del Gruppo Unipol e da quattro anni diventato un think tank con la partnership di The European House-Ambrosetti.

LA CRISI DEMOGRAFICA

Quest'anno il focus è stato rappresentato dalla crisi demografica che inevitabilmente finirà per condizionare la qualità (e la quantità) di protezione sociale per gli italiani. Lorenzo Tavazzi, partner e responsabile Area Scenari e Intelligence di Ambrosetti, ha ricordato che «una riduzione dell'1% dei lavoratori determina 2,5 miliardi in meno di contributo al welfare del Paese». Sicché la denatalità, oltre alla crisi economica e alla incipiente recessione, finirà



per ridurre non solo il numero degli abitanti in Italia, ma anche il numero dei lavoratori attivi.

Meno nati, meno lavoratori, meno Pil, meno risorse da destinare al welfare e quindi anche alla sanità, proprio quando se ne avverte più forte il bisogno. E proprio quando il Ssn mostra i suoi limiti. Evidenziato nel periodo terribile della pandemia.

Nel corso della presentazione del Rapporto 2022 di Welfare Italia, Walter Ricciardi ha paventato «l'insostenibilità del sistema salute», snocciolando alcuni numeri: l'Italia ha 5 posti letto ospedalieri ogni mille abitanti, contro i 6 della Francia e gli 8 della Germania. E continua a segnalare un deficit di personale sanitario (non solo medico): «Mancano 53mila infermieri».

Un quadro critico della sanità italiana che deve rilanciare l'attenzione sul ruolo del contributo privato alla salute, non per sostituire il Ssn «unico irrinunciabile e universale» come ha ribadito Gigliotti, ma per cercare un nuovo equilibrio – così come per tutti i sistemi di welfare – tra pubblico, privato e privato sociale.

Un volano essenziale di sviluppo della sanità integrativa resta affidato alla contrattazione collettiva. Sia quella nazionale, sia quella di secondo livello. Ormai quasi il 60% dei contratti di lavoro prevedono servizi di welfare aziendale, anche se solo il 7,6% di questi propone integrazioni per la salute. Oltre al ruolo dei Fondi c'è molto spazio per crescere. E anche i Fondi hanno bisogno di nuovi sistemi di controllo. Lo ha ribadito il presidente del Cnel, Tiziano Treu: «Nell'orizzonte del welfare, tra Fondi e contratti la sanità va fortissimo. Ma non ci sono regole. Bisogna introdurre un'Authority, sul modello di quella che opera sui Fondi della previdenza complementare, ma con un'attenzione rivolta alla rendicontazione, all'amministrazione e ai controlli delle prestazioni».

L'amministratore delegato di UniSalute (la compagnia che rappresenta più di un terzo degli iscritti ai Fondi sanitari integra-

tivi), Giovanna Gigliotti, ha rammentato che sul fronte della normativa qualcosa sta cambiando. Lo scorso 15 settembre con un decreto del ministro della Salute è stato istituito, presso la Direzione generale della programmazione sanitaria, un Osservatorio sui fondi sanitari integrativi che svolge funzioni di studio e ricerca sulla sanità integrativa anche ai fini dell'aggiornamento della normativa. È qualcosa, ma ancora troppo poco.

ITEMI

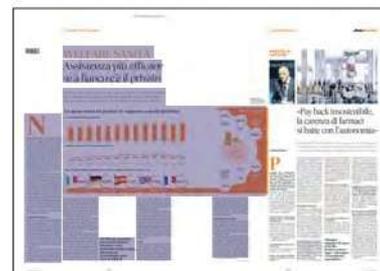
In questo scenario, il sistema dei Fondi sanitari integrativi è caratterizzato da tre grandi «questioni aperte»: la definizione delle prestazioni integrative; l'identificazione di un sistema di monitoraggio puntuale delle attività dei fondi (oggi rimesso a più enti); la raccolta di dati sulle attività dei fondi. Accanto alle questioni aperte resta tutto il ruolo fondamentale che nel sistema i Fondi svolgono egregiamente a livello di compliance fiscale e di mutualità. «La spesa intermediata dai Fondi ne alimenta significativamente il livello poiché le prestazioni rimborsate devono essere adeguatamente documentate – aggiunge Gigliotti – e i Fondi calmierano i prezzi delle singole prestazioni sanitarie».

L'IMPEGNO DEL GOVERNO

Il sottosegretario al Lavoro, Claudio Durigon, si è impegnato a prendere buona nota delle suggestioni prodotte dal tavolo promosso da UniSalute, ribadendo la volontà di «rafforzare la contrattazione; non mi appartiene la filosofia del salario minimo, ma quella dei contratti».

Maurizio Casasco, membro della Commissione Attività produttive della Camera dei deputati – nonché presidente emerito di Confapi – ha insistito sul welfare come «parte del contratto di lavoro. E soprattutto si deve affermare un welfare sanitario che non sia solo cura o rimborso delle cure, ma prevenzione». Quella prevenzione che in tempo di Covid «è stata troppo spesso sacrificata dal Ssn – aggiunge Gigliotti – con gravi conseguenze che toccheremo con mano nei mesi a venire».

Nel 2021 per garantirsi prestazioni sanitarie adeguate è stato necessario mettere mano direttamente al portafoglio: spesi circa 41 miliardi





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

PARLAMENTO

Malattie rare, c'è l'Intergruppo

È stato ricostituito l'Intergruppo parlamentare per le Malattie rare con un primo nucleo di 20 deputati. Ad annunciarlo Maria Elena Boschi (lv) durante l'incontro tra i neoeletti parlamentari e Osservatorio malattie rare con le associazioni dell'Alleanza malattie rare, che in questi giorni hanno ricordato il primo anniversario dell'approvazione del testo unico (legge 10 novembre 2021 n.175) che però attende ancora larga parte dei decreti attuativi per esplicitare la sua azione. «La creazione del nuovo Intergruppo è una

grande notizia – ha commentato Ilaria Ciancaleone Bartoli, direttrice dell'Osservatorio – Siamo a disposizione per proporre azioni» per malati e famiglie.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

L'INTERVISTA

«La campagna a tappeto ha salvato vite»

Pregliasco: è oggettivo che la profilassi abbia ridotto le probabilità di malattia grave e morte

FULVIO FULVI

«È necessario che la politica trovi un compromesso tra l'interesse del singolo e quello della comunità». Secondo Fabrizio Pregliasco, docente di Igiene all'Università di Milano e direttore sanitario dell'Irccs Istituto Ortopedico "Galeazzi", non si può prescindere, qualunque sia la decisione della Consulta, dall'adozione del vaccino per arginare la pandemia da Covid, anche perché «ci aspettiamo un rialzo dei casi in questo inverno e sarà difficile gestire la nuova recrudescenza con altre malattie stagionali come l'influenza e le infezioni respiratorie che stanno già facendo sentire i loro pesanti effetti, soprattutto nei soggetti più fragili».

Questione fondamentale rimane dunque quella di garantire la libertà individuale e, al tempo stesso, la salute pubblica...

Ma è un problema dei politici e non dei medici. Ripeto: si tratta di trovare una sintesi tra l'aspetto sanitario, quello economico e quello psicologico che riguarda i cittadini. Ma immunizzare è essenziale per difendersi dalle epidemie. In Italia è dal 1937, con il vaccino antidifterico che si è fatta questa scelta, in seguito più volte reiterata, ampliata, o in alcune situazioni resa obbligatoria, come nel caso del farmaco anti-coronavirus.

Se la Corte costituzionale dovesse accogliere le richieste di chi contesta l'obbligatorietà della profilassi, in futuro cam-

«I politici? Dall'opposizione era facile dire: "Io avrei fatto diversamente"; così facendo hanno creato dissenso ma adesso rovinare quanto fatto nella profilassi vaccinale sarebbe irragionevole»

bieranno nel nostro Paese le politiche sanitarie?

Ma di fronte a una emergenza grave come quella che si è verificata nella Bergamasca nel febbraio del 2020 non so cosa di diverso si potrebbe fare per garantire l'assistenza alla popolazione, impedire che ci siano i morti e il diffondersi della malattia grave, che peraltro, come si sa, è anche un costo per la Sanità

pubblica. Spalmare i casi, come hanno fatto alcune nazioni? Ma è una cosa terribile, è una responsabilità grave. Ricordo che il "lockdown", nelle sue diverse modulazioni, da noi ha limitato notevolmente il diffondersi dell'infezione.

Poi è arrivato il vaccino. Ma c'è chi dice che è inefficace, che non protegge, non è sicuro, e chi sostiene, come i No-vax, che può essere addirittura dannoso. Qual è il suo pensiero in merito?

A mio avviso è strumentale affermare che il vaccino non è sterilizzante. Esiste un dato oggettivo: riduce le probabilità di morte e di malattia grave. Ed è interesse di tutti, credo, ridurre l'impatto del Covid per quantità e qualità. Ma, a proposito delle campagne vaccinali, mi lasci dire una cosa...

Dica pure

Adesso i politici stanno facendo quello che hanno proclamato in campagna elettorale. Dall'opposizione era facile dire: "Io avrei fatto diversamente". Così hanno creato dissenso. Ma adesso rovinare quello che è stato fatto in precedenza e che ci interessa tutti, ovvero l'adesione dei soggetti più fragili e a rischio alla campagna vaccinale, sarebbe irragionevole, significherebbe

una falciata... Come dicevo, ci sarà un aumento dei casi di Covid nei prossimi mesi. Non sarà un'ondata spaventosa ma un'ondata rilevante sì. **E allora si deve continuare con le quarte e le quinte dosi ai più deboli ed esposti al contagio?**

I dati di oggi dimostrano una certa stanchezza vaccinale. E si dovrà proseguire. In futuro si dovrebbe fare la profilassi anti-Covid una volta l'anno, da affiancare a quella contro l'influenza. Ma di fronte a un possibile, forte incremento delle positività, come quello che si prospetta dopo il ponte dell'Immacolata e a Natale (feste che aumenteranno le occasioni di aggregazione delle persone), ci dovrebbe essere un richiamo da fare dopo quattro-sei mesi dalla guarigione, cioè dalla cessazione della immunizzazione, o dall'ultima dose ricevuta. Non dobbiamo dimenticarci che il virus continua a correre giorno e notte e che ci sono persone che rischiano più di altre di rimanerne colpite.

Ma il vaccino disponibile adesso in Italia è il migliore possibile o bisogna aspettare che ne arrivi uno nuovo e più efficace?

È quello adatto alle varianti Omicron 4 e 5, che sono i capostipiti delle altre sottovarianti in circolazione. Va aggiornato, quindi, con l'evoluzione del virus. Se posso fare un paragone, è come quando ci si rompe il telefonino e ce ne compriamo uno nuovo e più moderno, con prestazioni più all'avanguardia... Si tratta insomma di una continua rincorsa che dipende dal diffondersi di nuove, ulteriori varianti. E dalla ricerca scientifica che migliora sempre di più.



«Effetti avversi? Questione di fede»

Un paradossale studio australiano: colpiscono i terrorizzati dalla propaganda no vax
La vasocostrizione che ne deriva può causare ictus, infarti. Basta credere nel vaccino...

di **MADDALENA GUIOTTO**

■ Gli effetti collaterali del vaccino anti Covid sono praticamente una questione di fede: colpiscono quelli terrorizzati dalla propaganda no vax. È quanto sostiene un piccolo studio australiano, pubblicato a settembre su *Biomedicine* a firma di un biologo di Perth, **Raymond Palmer**. Curiosamente questo articolo sta girando sui social proprio in questi giorni. La tesi dell'autore è che gli effetti collaterali dei vaccini sarebbero dovuti all'ansia e all'angoscia scatenata dai no vax il cui scopo è terrorizzare le persone per evitare la somministrazione delle dosi di anti-Sars-Cov2.

Nelle persone anziane, fragili e con malattie cardiache, in particolare, gli effetti collaterali sarebbero dovuti, sempre secondo **Palmer**, allo stress mentale causato dalla paura che l'iniezione immunizzante sia dannosa. La paura e lo spavento causerebbero una intensa «vasocostrizione arteriosa da stress mentale», condizione descritta in letteratura e relativa a casi di infarto da intense emozioni. Questo restringimento vascolare sarebbe la causa più probabile, si legge nell'articolo, di «coaguli di sangue, ictus, infarti, vertigini, svenimenti, visione offuscata, perdita dell'olfatto e del gusto che potrebbero manifestarsi subito dopo la somministrazione del vaccino».

Insomma, per il dottor **Palmer** «è altamente probabile che molti effetti collaterali os-

servati poco dopo che un soggetto ha ricevuto un vaccino possano essere il risultato di una riduzione del flusso sanguigno dovuto a vasocostrizione causata da disagio emotivo dovuto alla paura della vaccinazione» indotta dalla dottrina no vax. Viene da domandarsi sulla base di quali dati arrivi **Palmer** sia arrivato a simili conclusioni dato che sono smentite, tra l'altro, da *trial* clinici seri e controllati. Ebbene sì, il nostro eroe cita un singolo studio condotto dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) per sostenere la tesi che gli eventi avversi post-vaccinazione non sono causalmente collegati ai vaccini. In questo lavoro dell'Oms, esaminando i dati raccolti per un mese, tra dicembre 2020 e gennaio 2021, gli autori concludono che, avendo somministrato i vaccini prevalentemente agli anziani e alle persone con altre patologie (comorbidità), che avevano maggiori probabilità di sperimentare comunque eventi simili a reazioni avverse, non è stato possibile determinare se gli effetti collaterali fossero indotti dal vaccino o semplicemente dovuti all'età e alla comorbidità.

Gli stessi autori ritengono, inoltre, che anche quasi tutti i decessi per Covid non possono essere collegati in modo causale al Covid perché, con questi dati, non può essere dimostrata la relazione causa-effetto. Hanno semplicemente affermato l'ovvio, cioè che è necessario svolgere ulteriori ricerche. In realtà esiste una

immensa mole di letteratura che dimostra collegamenti causali e spiega possibili meccanismi d'azione sull'origine dei disordini post iniezione dovuti all'intesa reazione infiammatoria scatenata dal vaccino e necessaria per la formazione degli anticorpi in grado di proteggere dal Covid. Eppure il nostro **Palmer**, insinua il dubbio che gli eventi avversi siano nella nostra mente, a causa della propaganda di chi si oppone al vaccino. Se avesse ragione, si potrebbero risolvere tante, anzi, potenzialmente tutte, le malattie. L'unico barlume di lucidità dell'intero studio è nelle conclusioni: «Le persone con malattie cardiache, obesità, problemi di salute e problemi emotivi, prima della vaccinazione dovrebbero parlare con il medico». Ecco, magari anche prima di scrivere certi studi, soprattutto se si sostiene che la colpa sia dei social no vax.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Prevenzione, informazione ed educazione sessuale le armi più importanti

Hiv, il male è imprigionato ma non sconfitto

Nella Giornata mondiale dell'Aids facciamo il punto su una patologia che oggi, se ben curata, non è più mortale e non impedisce una normale vita affettiva, ma sarebbe pericoloso sottovalutare

di Gaia Giuliani

In quarant'anni di vita - per l'esattezza quarantuno, cioè da quando è stato scoperto - l'Oms calcola che l'Aids abbia mietuto più di 40 milioni di vittime. La ricerca nel frattempo ha fatto progressi enormi e la mortalità è drasticamente diminuita, ma il virus dell'Hiv continua a circolare e contagiare. Oggi è la giornata che tutto il mondo dedica alla malattia, frutto di un'infezione che se curata per tempo può essere bloccata all'interno dell'organismo, impedendole di progredire e di trasmettersi, non solo ai partner ma anche ai figli che potrebbero venire. Rimane però estremamente pericolosa e non va sottovalutata.

Per questo Milano le dedica una campagna di sensibilizzazione che sarà visibile nei luoghi più importanti della città. Una vera opera d'arte che mescola disegni e video della giovane illustratrice Luchadora del collettivo contro lo stigma "I conigli bianchi", realizzata con il sostegno e la collaborazione di Gilead Sciences e di una serie di associazioni come Anlaid, Arcigay, Fondazione Villa Maraini e molte altre da sempre attive nella lotta all'Aids.

«Prima del nuovo millennio era una malattia mortale al 100 per cento, chi contraeva l'infezione non aveva scampo. E ancora oggi se il virus non viene trattato conduce inevitabilmente alla morte». Andrea Gori, docente di malattie infettive

all'Università degli studi di Milano, ospedale Luigi Sacco, non usa mezze misure per parlare della sindrome da immunodeficienza acquisita (il significato delle quattro lettere dell'acronimo). Ma lo fa perché non si arrivi ad una «banalizzazione della faccenda. Oggi se ne parla di meno, la scienza ha fatto grandi passi avanti, ma l'attenzione deve rimanere alta. La terapia controlla ma non eradica, il virus, che non sparisce mai. Basta interromperla per una settimana e il virus riprende a replicarsi». I dati poi raccontano uno scenario allarmante soprattutto per i giovani tra i 18 e i 25 anni, dove l'incremento delle infezioni risulta più alto. La modalità di trasmissione rimane prevalentemente quella sessuale, anche perché la tossicodipendenza da droghe iniettive, che facilitava il contagio attraverso il sangue e lo scambio delle siringhe, è sempre meno diffusa. «Il problema è che nelle scuole italiane non si fa educazione sessuale, e tutto viene demandato alle famiglie. Che fanno molta fatica e i ragazzi di fatto ricevono un'educazione sessuale dalla rete, attraverso i canali pornografici», aggiunge il professore. Un danno di sentimento, ci spiega, e di informazione, dove l'Italia è molto indietro rispetto al resto dell'Europa.

Un aiuto arriva da Anlaid, la prima onlus italiana nata per combattere la diffusione del virus, che in collaborazione con il Sism, l'associazione degli studenti universitari di medicina, porta avanti da tempo

dei progetti di educazione sessuale nelle scuole. In Lombardia ha lanciato anche l'iniziativa: "A casa mi testo" per consegnare, a domicilio e in forma anonima a chiunque ne faccia richiesta, un kit per fare da soli il test sull'Hiv, con un servizio di counselling telefonico per spiegare come si fa. «Il test si può anche comprare in farmacia e costa come quello di gravidanza. Fare uno screening, semplicissimo oltretutto, in caso di sieropositività permette di intervenire con terapie che permettono di condurre uno stile di vita ottimo», precisa il professore. Perché viene azzerata la possibilità di trasmetterla agli altri ed è possibile avere una vita relazionale normale, anche dei figli completamente immuni. «In inglese si traduce con l'equazione U=U: Undetectable - Untransmittable, ed è assolutamente necessario sfatare lo stigma sull'Aids: ho visto moltissime persone negarsi una vita affettiva per paura, o venire isolate a causa di questo», continua Gori. «La prevenzione è fondamentale, stiamo assistendo ad una vera esplosione di malattie sessualmente trasmissibili come la sifilide, la gonorrea, la clamidia, l'Hiv non è l'unico. E non ci sono campagne sull'uso dei profilattici, un deterrente essenziale in questo campo».

Insomma non bisogna aver paura, né sottovalutare il problema. Informarsi e fare prevenzione sono le armi più importanti, con la terapia, per contenere la malattia.



OGGI È LA GIORNATA MONDIALE CONTRO L'AIDS

"Una pillola e l'Hiv si tiene sotto controllo Il prossimo obiettivo sarà eradicare il virus"

ELENA DEL SANTO

La Giornata mondiale contro l'Aids, in detta ogni anno il 1° dicembre, è dedicata ad accrescere la conoscenza della malattia dovuta alla diffusione del virus Hiv. Dal 1981 ha ucciso oltre 25 milioni di persone, diventando una delle epidemie più distruttive che la storia ricordi. Ma c'è una notizia confortante: in 40 anni molti passi avanti sono stati fatti sul piano della ricerca e delle cure e oggi una diagnosi precoce può favorire una migliore qualità di vita. L'Hiv si può diagnosticare tempestivamente con il test e, sebbene non esista una cura che ancora consenta la guarigione dall'infezione, ci sono terapie efficaci in grado di tenerla sotto controllo. Infatti, grazie all'efficacia delle terapie, è diventata una condizione cronica gestibile, che consente alle persone che vivono con l'Hiv di condurre una vita lunga e sovrapponibile a quella di chi non ha l'infezione. In questo contesto diventa sempre più importante pro-

muovere la prevenzione e il ricorso al test a partire dalle nuove generazioni.

«All'inizio, molte di queste giornate mondiali sono state assai tristi, perché all'epoca non esisteva ancora la terapia», dice Giovanni Di Perri, Professore Ordinario di Malattie Infettive all'Università di Torino.

Professore, ora però la situazione è cambiata.

«Sebbene in Italia si stimi che circa 150 mila persone siano infette da Hiv, la grossa novità è che è stato dimostrato che un soggetto regolarmente curato con antiretrovirali non trasmette l'infezione agli altri. E questo può contribuire ad una progressiva riduzione dello stigma che ancora affligge le persone che vivono con l'Hiv. Così com'è successo per i sofferenti di epilessia, la progressiva disponibilità di farmaci crea oggi la condizione per la scomparsa dello stigma».

Ma per abbattere lo stigma e migliorare la qualità di vita delle persone occorre diffondere la conoscenza dell'equazione U=U, ovve-

ro undetectable=untransmittable...

«Certo, perché oltre a curarsi a livello individuale con attese di vita in linea con quelle della popolazione generale, esiste anche un beneficio collettivo perché queste persone non trasmettono più il virus».

Oggi l'Hiv è una malattia cronica, le persone hanno una prospettiva di vita molto lunga, non è come accadeva 40 anni fa...

«Se viene curato sin dal suo esordire le stime di durata della vita sono sovrapponibili a quelle delle persone in generale. Oggi curiamo e preveniamo nelle persone con Hiv le stesse malattie che hanno spostato l'attenzione sulla prevenzione e la terapia nelle più comuni malattie del genere umano legate perlopiù all'invecchiamento».

Per quanto riguarda l'Hiv, merito dell'efficacia della terapia antiretrovirale?

«Dobbiamo dire che le prime terapie efficaci consistevano in oltre 20 pillole al giorno, oggi il tutto si è ridotto a una singola pillola che contiene tre farmaci. L'evoluzione della far-

macopea antiretrovirale annovera inoltre terapie a due farmaci e terapie dall'azione protratta, che necessitano di un'iniezione ogni due mesi».

Dal congresso Simit, Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali, che si è appena concluso sono emersi nuovi dati su alcune terapie, come efficacia e tollerabilità a lungo termine anche per i casi di pazienti più difficili...

«In parallelo alle terapie è migliorata la tollerabilità e la sicurezza di questi farmaci».

Prossimo obiettivo della ricerca?

«Dobbiamo continuare a studiare e curare per arrivare a una forma di terapia che sia in grado di eradicare l'infezione». E dire così addio definitivamente all'Hiv. —



PROF. GIOVANNI DI PERRI
DOCENTE MALATTIE INFETTIVE
UNIVERSITÀ DI TORINO

Oggi la terapia si è ridotta a una singola pillola quotidiana che contiene tre farmaci



LO STUDIO USA

Un farmaco fa rallentare l'Alzheimer «Una svolta»

Manila Alfano

■ Gli scienziati l'hanno definita «una svolta epocale», una cura per l'Alzheimer, la più comune forma di demenza che, secondo i dati Oms, colpisce 55 milioni di persone nel mondo. Un farmaco sembra offrire un nuovo strumento di lotta contro gli effetti degenerativi della malattia che cancella la memoria di chi ne è colpito.

I primi risultati dei test clinici hanno mostrato una riduzione dei segni clinici della malattia allo stadio precoce. I dati dello studio condotto sul lecanemab, anticorpo monoclonale, sviluppato dalla società giapponese Ei-

sai insieme alla partner statunitense Biogen, pubblicati sul «New England Journal of Medicine», hanno confermato che il farmaco, somministrato per via endovenosa ogni due settimane, ha rallentato il declino della memoria del 27 per cento in 18 mesi. I ricercatori sono «cautamente ottimisti» sul fatto che i risultati saranno confermati nei futuri studi clinici. La ricerca è stata condotta su 1.795 pazienti di età compresa tra 50 e 90 anni a cui era stata diagnosticata un Alzheimer precoce. Alla metà è stato somministrato il lecanemab e all'altra metà un placebo.

La gravità della loro de-

menza è stata valutata utilizzando una scala clinica che ha tenuto conto di sintomi tra cui dimenticanza, difficoltà relazionali, capacità di risoluzione dei problemi e di vivere in modo indipendente. La malattia è progredita in entrambi i gruppi durante il periodo di studio di 18 mesi, ma è peggiorata molto meno rapidamente in quelli che assumevano il lecanemab. Una svolta che lascerebbe intravedere una speranza. Lo studio peer-reviewed è stato condotto dal professor Christopher van Dyck, direttore dell'Unità di ricerca sul morbo di Alzheimer dell'Università di Yale, negli Stati Uniti. Tuttavia lo studio ha scoperto anche che il lecanemab è associato a diversi effetti collaterali tra cui mal di testa e microsanguiamenti nel cervello.

Una strada ancora lunga e complicata. Eppure sembra un risultato confortante, che arriva dopo decenni di fallimenti e che incoraggia la ricerca a spingersi sempre più avanti nell'obiettivo di arrivare quanto prima ad una cura contro l'Alzheimer, al di là delle controindicazioni riscontrate.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Sclerosi multipla, obiettivo integrazione

I nuovi approcci terapeutici migliorano la vita dei malati, dalla quotidianità al lavoro. Parla Giampaolo Brichetto, presidente della rete europea per la riabilitazione

ALESSANDRA TURCHETTI

«**L**a nostra speranza è che per le persone affette da sclerosi multipla il problema principale diventi l'invecchiamento come per tutte le altre, e non la disabilità causata dalla malattia». Così Giampaolo Brichetto, nominato da poco presidente per il prossimo triennio di Rims (Rehabilitation In Multiple Sclerosis), la rete europea che promuove le migliori pratiche e la ricerca nella riabilitazione della sclerosi multipla, commenta gli enormi progressi fatti negli ultimi anni in questa area. Coordinatore della ricerca sulla riabilitazione di Aism (Associazione italiana Sclerosi multipla) con la sua Fondazione, ha visto cambiare la qualità di vita di tanti pazienti grazie agli avanzamenti nell'approccio multidisciplinare alla malattia.

«L'arma vincente è sicuramente il mix di interventi utilizzabili sul fronte riabilitativo», spiega il ricercatore. «Abbiamo avuto l'importante evidenza che si può intervenire con efficacia attraverso la riabilitazione sulla plasticità del sistema nervoso nelle forme più frequenti della patologia, quelle definite a "caduta e remissione", dove le due fasi si alternano, generalmente nei pazienti più giovani. In particolare parliamo di "dual task", ovvero di duplice approccio, cognitivo mentale e motorio. Questa dualità dà un forte stimolo alla plasticità encefalica, causando effetti positivi sia sul piano biologico che comportamentale. Un ruolo importante lo giocano le tecnologie, ad esempio quelle di robotica che permettono *feedback* motivazionali attraverso l'utilizzo di audio e video».

Sono circa 133mila le persone in Italia affette da sclerosi multipla, 1.200.000 in Europa e 2,8 milioni nel mondo. Il numero di donne con sclerosi multipla è quasi triplo rispetto agli uomini e, solitamente, la malattia esordisce tra i 20 e 40 anni.

«Gli ultimi studi evidenziano proprio l'effetto positivo della riabilitazione sul numero di ricadute e la progressione della disabilità - prosegue Brichetto -. Sempre a livello generale, buone evidenze arrivano anche dai cosiddetti "external game", ovvero i giochi riabilitativi, mentre su un livello più specifico, otteniamo risultati incoraggianti sul mantenimento del dominio sfinterico e vescicale. Raccomandiamo, inoltre, l'attività fisica di tipo aerobico per mi-

gliorare eventuali deficit. Un altro concetto chiave è la personalizzazione degli interventi: non c'è una riabilitazione standard, i bisogni sono differenti e quindi obbligatoriamente gli interventi devono essere individuali e variabili durante il decorso della malattia».

Il progetto riabilitativo individuale è dunque volto al recupero dell'autonomia nelle attività quotidiane, compreso l'importante aspetto del lavoro e la vita sociale. «Sono veramente contento di poter dire, in rappresentanza della comunità dei ricercatori, che, oltre all'effetto funzionale di tipo neuroplastico, di cui l'Italia è stata capofila contribuendo a conferire alla riabilitazione un vero e proprio valore terapeutico, sono stati raggiunti notevoli risultati anche nella terapia occupazionale con miglioramenti a lungo raggio sulla socializzazione e il mantenimento del posto di lavoro. Fondamentali le tecnologie senza, però, cadere nell'eccessiva tecnologizzazione degli aspetti sanitari perché al centro devono rimanere il rapporto con l'operatore sanitario, il livello di empatia, comunicazione...».

Il Rims di cui Brichetto è stato nominato presidente, e che Aism ha contribuito a fondare, è un importante network che consente la condivisione delle buone prassi e la definizione di nuovi protocolli nella riabilitazione della sclerosi multipla. Oggi raccoglie i principali centri riabilitativi in Europa. Quale, dunque, la sfida futura? «Dobbiamo riuscire a comprendere meglio il dosaggio ideale per personalizzare ciascun trattamento - conclude

Brichetto -, cioè trovare il giusto mix per ogni paziente degli strumenti che abbiamo a disposizione, oltre a estendere di più in Italia l'approccio multidisciplinare che all'estero è mol-





to più diffuso e strutturato. Inoltre, per quei pazienti che hanno sviluppato la forma progressiva della malattia, occorre migliorare la riabilitazione con il fine di prevenirne le complicanze, ad esempio attraverso una prescrizione corretta degli ausili e il buon coordinamento dell'équipe riabilitativa. Purtroppo per queste forme più avanzate i farmaci a disposizione sono veramente pochi, quindi riabilitazione e ricerca devono continuare ad andare a braccet-

to. Con l'obiettivo che i pazienti arrivino ad avere una qualità di vita del tutto simile a quella delle persone sane".

«Migliorano la socializzazione e il mantenimento dell'impiego professionale»

In sintesi

1

In Italia i malati di sclerosi multipla sono 133mila, in Europa 1.200.000, nel mondo 2,8 milioni

Le pazienti donne sono il triplo degli uomini, con una malattia che esordisce tra i 20 e i 40 anni

2

Il Rims è una rete europea che promuove le buone pratiche e la ricerca nella riabilitazione dei pazienti con sclerosi multipla
Il presidente è ora un ricercatore italiano, Giampaolo Brichetto



Giampaolo Brichetto



Uso in aumento

Allarme dei medici «Troppa melatonina ai bimbi insonni»

ROMA Accudire i bambini, per i genitori alle prime armi, non è mai semplice. Soprattutto la sera. In Gran Bretagna la soluzione prescelta per addormentare il pupo è ricaduta sui farmaci: secondo i dati del sistema sanitario britannico negli ultimi sette anni è quasi triplicato il numero dei minori ai quali è stata somministrata la melatonina

per far conciliare il sonno, e di conseguenza permettere ai genitori di riposare. In Italia dati molto più contenuti.

Melina a pag. 13

Il neonato non dorme? «Evitare la melatonina»

► In Gran Bretagna 60mila prescrizioni Allarme dell'Iss: «Meglio dosaggi minimi»
► L'insonnia spesso colpa di cattive abitudini Valentini (Gemelli): «Consultare il pediatra»

IL FOCUS

ROMA Accudire i bambini, per i genitori alle prime armi, non è mai semplice. Soprattutto quando la sera, dopo lunghe ore di giochi e coccole, di andare finalmente a dormire il piccolo di casa non ne vuole proprio sapere. A questo punto, se la ninna nanna non basta e le favolette non sembrano avere presa, la tentazione di addormentare il pargolo con qualche integratore salta in mente prima o poi quasi a tutti. In Gran Bretagna la questione deve aver tenuto banco a lungo tra le giovani coppie, visto che alla fine la soluzione prescelta per addormentare il pupo sembra essere ricaduta a quanto pare sui farmaci: secondo i dati del sistema sanitario britannico negli ultimi sette anni è quasi triplicato il numero dei minori ai quali è stata somministrata la melatonina per far conciliare il sonno, e di conseguenza permettere ai genitori di riposare. E i dati non fanno presagire nessuna inversione di tendenza: a marzo di quest'anno sono più di 60mila i bambini

ai quali è stata prescritta, mentre nel 2015 erano 'solo' 20.881; l'incremento è del 168 per cento.

LA SITUAZIONE IN ITALIA

In Italia, sembra che la questione per il momento venga risolta per lo più con metodi tradizionali, anche se spesso i risultati non soddisfano le giovani coppie, costrette a passare diverse notti in bianco prima di cominciare una

nuova giornata di lavoro.

«La melatonina - spiega Piero Valentini, pediatra del policlinico Gemelli di Roma - è un ormone normalmente prodotto nell'epifisi, che è una ghiandola presente nel nostro cervello. Negli ultimi anni, ha avuto un riscontro commerciale come integratore. Negli Usa in passato si trovava come farmaco da banco». Ma non è un sedativo. Si tratta in realtà di un regolatore del ritmo sonno veglia e viene utilizzato soprattutto in ambito neurologico per i bambini che soffrono di alcune patologie. Come ricorda l'Istituto Superiore di Sani-

tà, l'assunzione di melatonina riduce di poco il tempo necessario per addormentarsi, mentre potrebbe migliorare leggermente la qualità del sonno e la durata. Gli effetti sono blandi, ma è comunque sconsigliato l'utilizzo in modo improprio. «Non dimentichiamo che qualunque farmaco in sovradosaggio può creare effetti collaterali - ricorda Valentini - Per i bambini ai quali viene consigliata la melatonina nei primi anni della loro vita, esistono prodotti a dosaggi minimi».

Il problema è che spesso se i bambini la notte non dormono, vuol dire che soffrono di disturbi



del sonno, oppure stanno pagando il conto di cattive abitudini assunte durante la giornata. «Quando i bambini non dormono abbastanza di notte, poi magari recuperano di giorno. E così saltano i ritmi anche della notte successiva. In ogni caso, se il piccolo non prende sonno - raccomanda il pediatra - io consiglio sempre ai genitori di cercare di capire il motivo. Può darsi per esempio che il bambino abbia le coliche, oppure sia intollerante a qualche farmaco. Non bisogna mai dare subito dei prodotti farmaceutici per provare a cancellare il problema. Spesso la man-

canza di sonno è un meccanismo di allerta che il nostro organismo ha per comunicare che qualcosa non va. A maggior ragione nei bambini più piccoli che non sanno ancora esprimersi».

GLI ERRORI DEI GENITORI

Resta da capire poi se il problema dell'insonnia dei bimbi non sia invece solo il risultato di un accudimento non corretto da parte dei genitori. «A volte i bambini non vengono messi in condizione di addormentarsi regolarmente ogni sera - precisa Valentini - Se per esempio vengono portati a spasso a tarda ora in lo-

cali affollati e posti chiassosi, è ovvio che poi si avranno ricadute sul ritmo sonno veglia. Non dimentichiamo che se i nostri figli cominciano a presentare comportamenti di irrequietezza, non serve un farmaco per addormentarli. Bisogna semplicemente seguire regole di accudimento corrette e se il problema non passa è bene rivolgersi al pediatra».

Graziella Melina

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I DOTTORI CONSIGLIANO UN USO MODERATO: «PER I PIÙ PICCOLI ESISTONO PRODOTTI SPECIFICI CON QUANTITÀ ADEGUATE»

SPESSE LA MANCANZA DI SONNO È IL SISTEMA CON CUI L'ORGANISMO PROVA A COMUNICARE CHE C'È QUALCOSA CHE NON FUNZIONA

I CONSIGLI

1 NON RICORRERE SUBITO AI FARMACI

I problemi di sonno sono spesso dei meccanismi di allerta del nostro corpo che non vanno anestetizzati con i medicinali. Ne vanno indagate le ragioni

2 CAPIRE I MOTIVI DEL PROBLEMA

I problemi ad addormentarsi possono derivare da coliche o intolleranza ad alcuni farmaci, o semplicemente da abitudini di vita sbagliate

3 RISPETTARE I BISOGNI DEL BAMBINO

Bisogna sempre fare in modo che i bimbi abbiano un ritmo sonno veglia regolare, evitando di fargli prendere cattive abitudini e di portarli la sera in locali chiassosi



Sanità digitale

Dispositivi medici
sempre più esposti
al pericolo
di attacchi cyber

di **Ruggiero Corcella**

I dati del rapporto Clusit evidenziano come il settore «Healthcare» sia al secondo posto fra le categorie più colpite dal crimine informatico, con circa il 12% delle incursioni totali con una crescita del 2,2% tra 2021 e 2022. Qualunque apparecchiatura connessa a Internet può finire nel mirino degli hacker

Cyber attacchi, crescono i rischi per la Sanità

di **Ruggiero Corcella**

Più aumenta la diffusione degli oggetti connessi in rete (IoT, Internet of things), più si moltiplica la loro esposizione ad attacchi informatici.

Il Rapporto Clusit dell'Associazione Italiana per la Sicurezza Informatica 2022, appena presentato, certifica come il settore «Healthcare» sia al secondo posto tra le categorie più colpite dal cybercrime con circa il 12% degli attacchi totali in aumento del 2,2% rispetto all'anno precedente.

Forte espansione

Secondo Statista, portale web di statistica, entro il 2025 nel mondo ci saranno quasi 75 miliardi di dispositivi IoT connessi. L'Osservatorio Internet of Things del Politecnico di Milano (aprile 2022) calcola che gli oggetti connessi attivi in Italia siano 110 milioni, poco più di 1,8 per abitante.

A fine 2021 si contavano 37 milioni di connessioni IoT cellulari (+9% rispetto al 2020) e 74 milioni di connessioni abilitate da altre tecnologie di comunicazione (+25%). Nel 2021 è cresciuto anche il mercato dell'IoT che vale circa 7,5 miliardi di euro, di cui circa

3 miliardi di euro (pari al 40% del totale) relativi ai soli servizi, con un +25% rispetto al 2020.

«Il Pnrr (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) prevede complessivamente 29,78 miliardi di euro dedicati direttamente o indirettamente al settore dell'IoT: possiamo immaginare quindi un grande sviluppo nella diffusione di questa tecnologia, che sarà ancora più pervasiva» scrivono nel recente report «Cybersecurity e IoT: come affrontare le sfide di un mondo connesso» le professioniste in Cyber security del gruppo Women for Security (Wfs).

Tra le «cose» collegate al web bisogna annoverare anche le apparecchiature in uso in qualsiasi ambito medico. «L'Internet of Medical Things (IoMT) o Healthcare Internet of Things (HIoT) è



in rapida crescita — spiega Beatrice Ridolfi di Women For Security —. In questo contesto, i dispositivi IoT vengono utilizzati come dispositivi medici che raccolgono dati, che vengono poi forniti ai sistemi sanitari attraverso reti informatiche, permettendo quindi di monitorare e tenere traccia delle prestazioni vitali, e anche di attivare delle azioni successive come, ad esempio, la

somministrazione di farmaci». Qualche esempio di IoMT: macchinari delle Terapie intensive; apparecchi per l'elettrocardiogramma o la dialisi; dispositivi legati alla gestione del personale sanitario, del flusso dei pazienti, delle forniture di farmaci, e dell'ambiente; bracciali e app per il monitoraggio del battito cardiaco e del livello di ossigeno fino ai glucometri che tengono costantemente sotto controllo i livelli di glucosio nel sangue.

«Ogni dispositivo connesso in rete è potenzialmente compromissibile. Un cyber attacco a un dispositivo IoT,

quindi, non è affatto una remota possibilità, anzi, è un'eventualità relativamente comune», sottolinea Sofia Scozzari di Wfs.

Percezione sbagliata

«La minaccia principale deriva dalla percezione di questi dispositivi, che nella concezione generale vengono generalmente considerati come semplici oggetti e non come elementi connessi in rete, che andrebbero protetti al pari di computer e smartphone. Questo genera un'errata valutazione dei rischi in quanto non vengono percepiti come potenziali vettori di attacco».

Tra gli attacchi più gravi che nel 2022 hanno coinvolto strutture sanitarie in Italia vale la pena di ricordare quello del gennaio scorso ai danni dell'ULSS6 Euganea di Padova dove gli hacker sono entrati in possesso e hanno diffuso in rete 9.300 file di ogni tipo, tra cui dati sensibili sugli esiti dello screening Covid-19 del personale me-

dico, i loro cedolini paga, e ulteriori referti e diagnosi dei pazienti in cura.

Oppure, a inizio maggio, l'incursione che ha messo offline i portali di ogni struttura gestita dall'Asst Fatebenefratelli Sacco di Milano (l'azienda che gestisce gli ospedali Luigi Sacco, Fatebenefratelli e Oftalmico, Macedonio Melloni, l'ospedale dei bambini Vittore Buzzi e 33 sedi sanitarie e sociosanitarie territoriali). Il personale sanitario è stato costretto a ripiegare sulla modulistica cartacea, con inevitabili ripercussioni sui pazienti e sui processi, sia diagnostici che amministrativi, delle aziende ospedaliere stesse.

«Essendo i dispositivi IoT così diffusi e così utilizzati in diversi ambiti che riguardano la vita quotidiana di tutti noi, risulta quindi di fondamentale importanza proteggere e mantenere sicuri sia i dispositivi stessi sia dati da essi trattati», conclude Ridolfi.

Da sapere

Che cos'è l'IoT

Si tratta dell'acronimo inglese per Internet of Things (Internet delle cose) e indica l'insieme dei dispositivi connessi attraverso il web

I numeri in Italia

L'Osservatorio Internet of Things del Politecnico di Milano (aprile 2022) calcola che gli oggetti connessi attivi in Italia siano 110 milioni

E nel mondo

Secondo Statista, portale web di statistica, entro il 2025 nel mondo ci saranno quasi 75 miliardi di dispositivi IoT connessi

Un atto di pirateria informatica ai danni di un device IoT non è una possibilità remota, ma anzi un'eventualità abbastanza comune



02

Zampa, 'Fdi-Fi con emendamento nascosto vogliono mettere mani su Aifa'

"Con un colpo di mano, Fratelli d'Italia e Forza Italia si apprestano, senza alcun confronto, a mettere le mani sull'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, proponendo l'abolizione della figura del Direttore Generale e l'accorpamento delle commissioni prezzi e tecnico scientifico in un unico organismo". Lo denuncia la senatrice Sandra Zampa, capogruppo Pd in commissione Affari sociali a palazzo Madama.

"Si tratta di emendamenti 'sbucati' dal fascicolo relativo a Nato e Ssn Calabria che mettono in discussione il modello dell'Agenzia nata dopo 'farmacopoli' che prevedeva una forte indipendenza scientifica con un controllo politico istituzionale (divisione tra Direttore Generale, garante di questa indipendenza, e Presidenza/Consiglio di amministrazione, che invece esercita funzione di indirizzo e controllo) -spiega Zampa-. Se si elimina uno dei due soggetti (il Direttore) va ripensato tutto il sistema degli equilibri e della indipendenza della valutazione tecnico scientifico".

"Ma ancora più grave del merito risulta il metodo. Non si fa una riforma per emendamento. Aifa va rafforzata e per raggiungere questo risultato bisogna avviare una discussione approfondita con i vari esponenti della comunità scientifica, istituzionale e delle imprese con cui l'Agenzia si confronta quotidianamente. Chiediamo dunque al presidente della Commissione Lavoro Welfare e Salute di non procedere a riformare con un emendamento nascosto in un provvedimento del tutto estraneo per materia l'Agenzia del farmaco", conclude Zampa.



L'INTERVISTA

«Pay back insostenibile, la carenza di farmaci si batte con l'autonomia»

Il presidente di Farmindustria: «Reshoring contro la mancanza di materie prime. Serve una visione che ponga la nostra filiera e la sanità tra le infrastrutture critiche per la sicurezza del Paese»

ANDREA BASSI

P

residente di Farmindustria Marcello Cattani, sono diversi anni ormai che l'industria farmaceutica italiana è uno dei settori trainanti dell'export. In che modo sta impattando sul comparto l'aumento del prezzo delle materie prime insieme a quello dell'energia?

«Lo stato di salute della nostra industria resta buono. Siamo leader, insieme alla Germania, per valore della produzione con 34 miliardi di euro. Ma in questo momento, come può immaginare, scontiamo le difficoltà legate all'aumento del prezzo dell'energia e delle materie prime, che sono trasversali a tutti i settori industriali».

In che misura l'industria farmaceutica è stata e viene colpita dagli aumenti?

«Gli aumenti dell'energia elettrica e del gas sono nell'ordine del 600 per cento su base annua. E poi ci sono le materie prime, tutti fattori che concorrono alla produzione per circa il 50 per cento. Ma soprattutto c'è la difficoltà nel reperire i fat-

tori della produzione».

Avete difficoltà a trovare le materie prime?

«Inutile cercare di attenuare il problema, ci sono carenze».

Carenze che possono mettere a rischio la fornitura finale di farmaci?

«Sono carenze legate a farmaci neurolettici, antidepressivi, antipertensivi, antibiotici, antinfiammatori. Carenze che dipendono anche dall'incremento della domanda legata al Covid. Ma il problema principale resta che l'Italia e l'Europa sono esposte per circa il 70 per cento per l'importazione di ingredienti attivi da Cina ed India. A questo va aggiunta la difficoltà di reperimento di carta, vetro, alluminio, ossia tutti gli elementi del packaging primario e secondario dei farmaci. Per i



farmaci la carenza riguarda in larga parte quelli di cui è cessata la produzione e che sono stati sostituiti da nuove formulazioni. Poi ci sono altre dinamiche che pesano sul sistema».

Di quali dinamiche parla?

«Prendiamo l'inflazione, nel nostro caso pesa molto la debolezza del cambio con il dollaro. Ricordo che i farmaci critici hanno prezzi negoziati che sono bloccati. Quindi non si possono scaricare minimamente questi effetti a valle verso il consumatore. Oggi per diversi produttori che producono farmaci di ampia diffusione ma che hanno un costo di pochi euro, come quelli che abbiamo citato, il rischio che vi siano chiusure aziendali è molto tangibile».

Lei ha spiegato che i principi attivi sono prodotti soprattutto in Cina e India. Non è possibile avviare politiche di "reshoring" in Europa e in Italia come si sta facendo per esempio con i microchip. In fin dei conti anche i farmaci dovrebbero essere una produzione strategica?

«Le aziende farmaceutiche hanno iniziato a farlo in maniera individuale. Questo è positivo. Ma ora serve una visione di sistema, di filiera, che coniughi le politiche sanitarie a quelle industriali. Ed è proprio quello

che chiediamo al governo di Giorgia Meloni. Bisogna considerare che i tempi per fare tutto questo non sono brevi, per questo bisogna darsi adesso una visione strategica».

Che tipo di visione strategica?

«Una visione che ponga la salute e la filiera farmaceutica come infrastrutture critiche per la sicurezza del Paese, per lo sviluppo dell'economia e della tenuta sociale e che consenta progressivamente di intensificare il reshoring. Dobbiamo avere non solo più autonomia nella produzione dei farmaci, e noi siamo il primo paese produttore europeo, ma soprattutto nella produzione degli ingredienti attivi».

Concretamente al governo cosa chiedete?

«Innanzitutto non dobbiamo più parlare di tagli dei prezzi dei prontuari farmaceutici. Se in una fase come questa ci vengono tagliati i prezzi, il sistema non regge. Poi va dato nuovo impulso agli incentivi all'innovazione e a tutti quegli strumenti che possano rendere attrattivi gli investimenti per fare stabilimenti e per fare produzione. E vanno stabilite nuove regole per governare la farmaceutica, ovvero il superamento del pay back e l'adeguamento della spesa al livello di innovazione. Oggi la spesa è sbilancia-

ta sui farmaci ospedalieri non innovativi».

Il pay back, il meccanismo che obbliga le imprese a rimborsare la metà del costo dei farmaci se la sanità pubblica sfora i budget, non è più sostenibile?

«No, non è più sostenibile. Le aziende saranno chiamate a versare 1,3 miliardi. È una tassa reale, aggiuntiva che penalizza gli investimenti e l'attrazione di nuovi capitali».

La manovra del governo stanzia 2 miliardi per il Fondo sanitario. Sono risorse sufficienti?

«È certamente una risposta immediata. Dei due miliardi 1,4 sono destinati al caro-energia per le Regioni, e sicuramente è un aspetto positivo. Alloca 650 milioni per acquistare vaccini e farmaci Covid, e va benissimo perché li tiene separati dalla spesa farmaceutica. Ora bisogna fare un passo in avanti, non solo adeguando il tetto di spesa farmaceutica ospedaliera aumentandolo ulteriormente, ma soprattutto slegandolo definitivamente dalla revisione dei prontuari, cioè dal taglio dei prezzi dei farmaci. Altrimenti saremo sempre in un meccanismo perverso che concorrerà ad aumentare le carenze anziché ridurle».

«Bisogna adeguare la spesa al livello di innovazione: oggi è sbilanciata sui medicinali ospedalieri»

