



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

09 Marzo 2023

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

Regione e Coni Sicilia firmano protocollo d'intesa per promuovere attività motoria

Il protocollo si inserisce nell'ambito del Piano regionale della prevenzione 2020-2025 e ha durata quinquennale. Prevede la collaborazione tra istituzioni per la realizzazione di percorsi multidisciplinari e intersettoriali a livello regionale che favoriscano il movimento



09 MAR - Siglato un protocollo d'intesa per la promozione dell'attività motoria dal dipartimento Attività sanitarie e osservatorio epidemiologico (Dasoe) dell'assessorato alla Salute, diretto da **Salvatore Requirez**, e dal comitato Sicilia del Coni, guidato da **Sergio D'antoni**. "Tutelare il diritto dei cittadini alla salute – dichiara l'assessore **Giovanna Volo** – significa anche educare la popolazione ad abitudini quotidiane sane e a mantenere stili di vita attivi che permettano di prevenire molte delle principali patologie croniche, quali malattie cardiovascolari, diabete, malattie respiratorie, tumori". Il protocollo, che si inserisce nell'ambito del Piano regionale della prevenzione 2020-2025 e ha durata quinquennale, prevede la collaborazione tra istituzioni per la realizzazione di percorsi multidisciplinari e intersettoriali a livello regionale che favoriscano il movimento. Tra gli obiettivi della collaborazione tra Regione e Coni c'è anche quello di effettuare una mappatura dell'offerta di opportunità per l'attività motoria e sportiva presente nel territorio regionale e di fornire una conseguente e adeguata informazione ai cittadini sulle relative modalità di accesso e di fruizione. "Secondo il 'Rapporto Passi 2017-2020 Sedentarietà' - spiega Requirez - il 50,7% della popolazione siciliana è completamente



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sedentario, un valore che supera di gran lunga quello di riferimento nazionale che si attesta al 36,6 per cento. Il nostro obiettivo è far sì che l'attività fisica quotidiana inizi a essere vissuta quale momento di benessere psicofisico che coinvolga bambini, giovani, adulti, anziani e persone disabili”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Triennio accademico 2023-2026

Università di Palermo, Ciaccio confermato presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia

Ordinario di Biochimica Clinica e Medicina di Laboratorio, dirige il Dipartimento e l'Unità di Medicina di Laboratorio del Policlinico "Giaccone"

Il professore **Marcello Ciaccio**, ordinario di Biochimica Clinica e Medicina di Laboratorio, direttore del Dipartimento e dell'Unità di Medicina di Laboratorio del Policlinico "Paolo Giaccone", è stato rieletto Presidente della **Scuola di Medicina e Chirurgia** dell'Università degli Studi di Palermo per il triennio accademico 2023-2026.

Nel precedente triennio, si legge in una nota, tra i principali obiettivi raggiunti vi è l'ampliamento dell'offerta formativa con l'attivazione del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia ad indirizzo tecnologico (MED-IT), del Corso di Laurea in Tecniche di Neurofisiopatologia e del Corso di Laurea in Scienze delle Professioni Sanitarie Tecniche Diagnostiche, l'attivazione di Canali nei poli didattici decentrati di Agrigento, Trapani e Caltanissetta dei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Inoltre, l'attivazione di numerose **Scuole di Specializzazione**, quali Oftalmologia, Pneumologia, Nefrologia, Medicina di Emergenza e Urgenza, Medicina e Cure Palliative, Otorinolaringoiatria, Neuropsichiatria Infantile, Statistica Medica e Biometria.

L'implementazione di **strumentazioni** basate su tecnologie di ultima generazione, sottolinea la nota, ha garantito un'assistenza di elevata qualità ed una formazione d'eccellenza. Il Policlinico Universitario rappresenta, infatti, uno dei centri di eccellenza per il territorio siciliano e non solo. Nel corso del triennio, prosegue la nota, il professore Ciaccio ha dovuto affrontare un'importante sfida sanitaria senza precedenti, la **Pandemia da SARS-CoV-2**, mettendo in atto una serie di azioni per garantire la **continuità** sia dell'assistenza sanitaria sia della formazione degli Studenti, permettendo di proseguire il proprio percorso formativo con le caratteristiche di eccellente qualità che la Scuola di Medicina di Palermo ha sempre garantito.

Tra gli obiettivi del nuovo triennio di Presidenza vi sono la continua implementazione di Corsi di Laurea nei poli didattici decentrati, il completamento dell'attivazione di altre Scuole di Specializzazione, il potenziamento dei servizi offerti agli Studenti, quali una mensa e un'area studio e riposo più accogliente, aule moderne ed attrezzate e biblioteche aggiornate, infine una migliore erogazione dei servizi di assistenza inclusa la riduzione delle liste di attesa per i Pazienti, conclude la nota.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

CODE INTERMINABILI, DISAGI E VIOLENZA NEI PRONTO SOCCORSO IN SICILIA: INDAGA L'ARS

Carenza di medici, code interminabili, accessi impropri, reiterati episodi di violenza e aggressioni al personale: da Palermo a Catania e Messina ma anche altrove i pronto soccorso sono al collasso. I medici non vogliono lavorare nell'area di emergenza degli ospedali perchè troppo pericolosa. Molte Asp hanno stipulato convenzioni per utilizzare le guardie giurate e garantire minimi standard di sicurezza in corsia, a gran voce si chiede le reintroduzione del posto di polizia fisso. E ora indaga l'Ars. Creata la sottocommissione speciale sui pronto soccorso siciliani. La proposta, lanciata nei giorni scorsi dal M5S, è stata accolta dalla commissione Salute di palazzo dei Normanni, che oggi ha dato il via libera al nuovo organismo parlamentare, la cui presidenza è stata affidata, con votazione unanime, al capogruppo M5S Antonio De Luca (nel video). Della sottocommissione faranno parte, oltre ad Antonio De Luca, Giuseppe Zitelli (Fdl), Carmelo Pace (Dc), Giovanni Burtone (Pd), Margherita La Rocca Ruvolo (FI), Ludovico Balsamo (Sud chiama Nord), Giuseppe Geremia Lombardo (Mpa). “La situazione nelle aree di emergenza – dicono il presidente della commissione salute Giuseppe Laccoto e Antonio De Luca - è al collasso. Se non si interviene al più presto con soluzioni strutturali e non con i soliti pannicelli caldi che servono poco e nulla sarà il caos. La nostra azione mira a studiare possibili soluzioni e per questo è fondamentale l'apporto di tutti gli operatori del settore e delle sigle sindacali per cercare stilare assieme una road map degli interventi urgenti da suggerire al governo”. Gravissima soprattutto la carenza di medici. “L'osservatorio per i conti pubblici italiani – dice De Luca - ha lanciato l'allarme che nei prossimi 7 anni andranno in pensione in Sicilia circa 2755 medici di base e ne verranno assunti solo 623: ne verranno a mancare quindi 2132 e il problema scoppierà. Ben vengano, in questa fase, gli incentivi ai medici dell'emergenza, ma si devono offrire soluzioni strutturali definitive”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Per Carlo Gilistro, l'altro deputato M5S della commissione Salute – va affrontato in maniera seria il vecchio problema degli accessi anomali che ingolfano i pronto soccorso. Tantissime prestazioni da codice bianco o giallo che oggi quasi paralizzano le aree di emergenza devono tornare ad essere di competenza del medico di base. È fondamentale pertanto potenziare la medicina del territorio e restituire il medico di famiglia al suo ruolo centrale a difesa della salute, sburocratizzando la sua azione e sottraendolo alla montagna di scartoffie con cui ogni giorno ha purtroppo a che fare”.



Sensibilizzare la popolazione sul tema: con questo obiettivo nasce una rete tra istituzioni

Donazione organi, l'Isola degli ultimi

Uno Sportello per i trapianti apre battenti all'interno del Policlinico, studenti cittadini e operatori sanitari potranno sottoscrivere le dichiarazioni di volontà

Una rete di collaborazione tra il Policlinico, il Crt Sicilia, l'Università degli studi, la scuola di medicina, l'Ismett, l'Ersu e il Comune coinvolgendo anche l'ambulatorio medico universitario, e l'Ordine dei medici per promuovere azioni di sensibilizzazione sulla donazione di organi. Si insediò ieri mattina al Policlinico, promotore dell'iniziativa, il tavolo tecnico che dovrà redigere il progetto. Ne fanno parte il coordinatore regionale del Crt Giorgio Battaglia, il presidente della scuola di medicina, Marcello Ciaccio, il direttore della radiodiagnostica dell'azienda ospedaliera universitaria, Giuseppe Bracantelli, delegato dell'Ordine dei medici, Maurizio Raineri, direttore dell'unità operativa di terapia intensiva post operatoria e neurorinimazione del «Paolo Giaccone», Tiziana Lenzo, ufficio stampa dell'azienda ospedaliera universitaria, Elena Massihnia,

psicologa del Crt in servizio presso la rianimazione del Policlinico, e per Ismett Serena Pizzo, responsabile dell'ufficio stampa e Gaetano Burgio, responsabile dell'unità operativa di anestesia e sala operatoria.

Ad aprire i lavori è stato il commissario del Policlinico Salvatore Iacolino: «La sensibilizzazione dei cittadini sul tema della donazione rappresenta un fattore strategico per incentivare le donazioni e salvare tante vite umane. Tutte le istituzioni che fanno parte del tavolo elaboreranno le proposte operative sulla base di uno schema di progetto ideato dal Policlinico ed entro il 31 marzo realizzeremo la prima iniziativa, coinvolgendo, altresì, le scuole e le associazioni di volontariato». La Sicilia è agli ultimi posti nella classifica nazionale con appena 11 donatori per milione di abitanti, ben sotto la media nazionale stimata a quota 24 e una percentuale di opposizione del 45% contro il 26% delle regioni più virtuose come la Toscana. Tra le ragioni del no alla donazione vi sono poca informazione, diffidenza verso la sanità siciliana, problemi organizzativi nelle rianimazioni e nelle terapie intensive. Dall'inizio dell'anno ad oggi i po-

tenziali donatori segnalati dalle rianimazioni siciliane sono stati 31, di questi 15 procurati, 13 effettivi, e 15 le opposizioni. Nell'Aoup è stata registrata 1 segnalazione con opposizione. Nel 2022 le segnalazioni sono state 126, i donatori procurati 62, gli effettivi 61, le opposizioni 50.

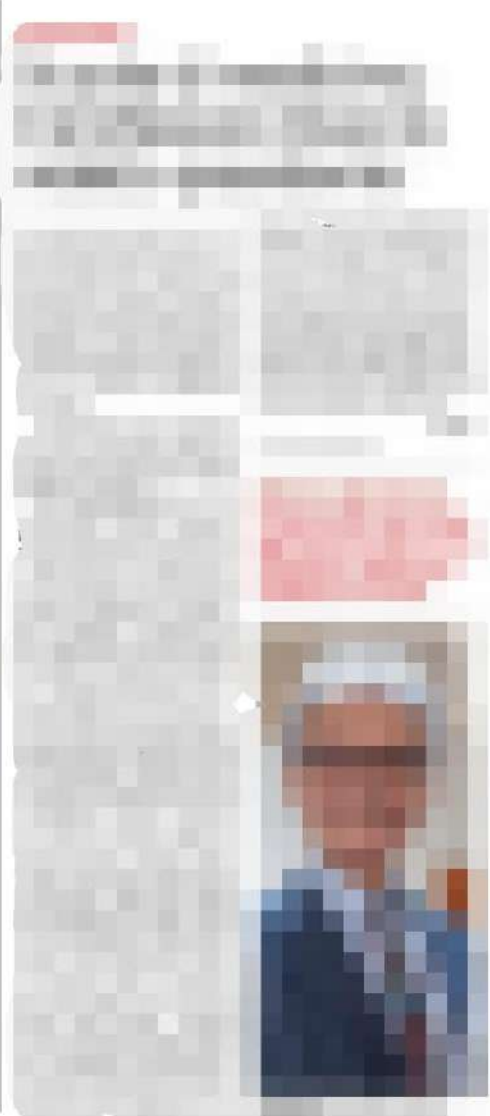
Per quanto riguarda le dichiarazioni di volontà registrate negli uffici anagrafe dei Comuni siciliani, alla data del 6 marzo, sono 962.614, di queste 562.227 (58,4 per cento) sono di consenso e 400.387 (41,6 per cento) di opposizione.

Alla luce di questi dati appare di estrema importanza aumentare la consapevolezza non solo nella popolazione generale, ma anche tra i professionisti della sanità, e il personale preposto agli uffici anagrafe dei comuni siciliani.

All'interno dell'azienda ospedaliera universitaria sarà istituito, d'intesa con l'Urp, uno «Sportello per i Trapianti», luogo di informazione sull'argomento per i cittadini, gli studenti e gli operatori sanitari, che potranno anche sottoscrivere le dichiarazioni di volontà alla donazione di organi e tessuti.

Cr.Pa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Giornata del rene Controlli gratuiti

● Open Day nel centro vaccinale dell'ospedale Arnas Civico, domani in occasione della Giornata mondiale del rene. Dalle 9 alle 17, ambulatorio aperto a tutti coloro che vorranno sottoporsi a un controllo clinico nefrologico con la misurazione della pressione arteriosa ed esame screening delle urine. L'iniziativa «Una buona salute dei reni per tutti» è coordinata da Angelo Ferrantelli, responsabile dell'unità di nefrologia dialisi con trapianto del rene, grazie alla disponibilità del direttore generale dell'Arnas Civico Roberto Colletti ed del direttore sanitario Gaetano Buccheri.



Un tavolo per la donazione degli organi. Un momento dei lavori di ieri della neo commissione

Avvenire

09/03/2023

PUGLIA Al «Miulli» di Acquaviva

In sala operatoria la robotica accessibile di Hugo il chirurgo

MARINA LUZZI

«Siamo orgogliosi perché per noi è fondamentale garantire la migliore qualità possibile alle persone che non se lo possono permettere. La nostra è una missione, un comandamento evangelico». Così monsignor Domenico Laddaga, delegato del vescovo di Altamura-Gravina-Acquaviva delle Fonti per l'ospedale ecclesiale «Miulli» di Acquaviva, commenta l'ampliamento tecnologico che investe la chirurgia robotica dell'ospedale pugliese. Da un mese è infatti operativa nella struttura anche «Hugo-Ras», strumentazione tra le più avanzate al mondo, che aumenta la precisione degli interventi, contribuendo a ridurre i tempi sia di degenza sia di attesa.

Monsignor Laddaga da 33 anni segue le vicende dell'ospedale, di cui è governatore l'arcivescovo Giovanni Ricchiuti. Nato nel 1156 come riferimento per i crociati, il nosocomio non ha mai smesso di erogare solidarietà. I medici, una volta a settimana, fungono anche da volontari per visitare migranti alle prese con i percorsi di regolariz-

zazione (un progetto realizzato assieme alla Caritas diocesana, che fa mediazione culturale, e all'associazione **Aris** che sovvenziona le spese vive). «Devo ammettere che questo della robotica applicata alla chirurgia è uno dei campi in cui mi sono cimentato per capirne limiti e potenzialità - spiega Laddaga -. Il nostro centro è un riferimento non solo per la Puglia ma anche per Basilicata, Calabria, Molise, Abruzzo, Sicilia. Arriviamo fino al Lazio. La casistica chirurgica robotica del Miulli, nell'ultimo anno, ha superato di oltre il doppio gli ospedali pubblici della Puglia». Non solo le tecnologie più ardite: «Da quando il Miulli è diventato un polo universitario - aggiunge il delegato dell'arcivescovo -, siamo impegnati anche sul fronte nella formazione degli studenti delle facoltà di Medicina e Infermieristica. Chi l'anno prossimo frequenterà il terzo anno di Medicina, ad esempio, potrà formarsi nelle sale operatorie con questi strumenti tecnologici avanzati».

Messo a punto da Medtronic, azienda leader del settore, Hugo-Ras comporta minori danni ai tessuti circostanti all'area dell'operazione, riduzione del dolore, ferite più piccole anche per gli interventi più complessi, un sistema che di conseguenza velocizza le dimissioni. Questo sistema di chirurgia forni-

sce inoltre al chirurgo una visione eccellente durante la fase operatoria, ingrandendo fino a otto volte ciò che viene visto a occhio nudo. «La nostra esperienza con la robotica applicata alla chirurgia - spiega il direttore sanitario del Miulli, Vitangelo Dattoli - risale al 1996, con il primo braccio robotizzato. Con Hugo arriva a tre il nostro parco macchine nel reparto operativo robotico, con sale operatorie dedicate. Hugo-Ras è entrato in funzione un mese fa per interventi di ginecologia; una settimana dopo è partita l'urologia, e fra poco - attendiamo ulteriori autorizzazioni ministeriali - inizierà anche l'attività concentrata nella chirurgia epatobiliare e pancreatica. Ovviamente si tratta di interventi a media e alta complessità, per cui i nostri specialisti hanno svolto parte della formazione in Belgio, proseguendo qui l'addestramento, seguiti dai supervisori. Siamo contenti di questa diversificazione - evidenzia Dattoli - perché, a parità di qualità con altri mezzi robotici, ci permette oltre che un'estrema efficacia sanitaria, vantaggi gestionali enormi».



L'équipe del «Miulli» col robot Hugo-Ras

TRA ZONE ROSSE E PIANO PANDEMICO

Covid, Conte già archiviato Ma Speranza rischia ancora

Felice Manti

a pagina 11

■ Il Tribunale dei ministri ha già archiviato Giuseppe Conte e Roberto Speranza, indagati a Bergamo sul Covid. Ma sul piano pandemico il ministro è sotto inchiesta in un nuovo fascicolo.

La gestione della pandemia

Conte già archiviato, Speranza rischia

Il Tribunale dei ministri salva il premier. Il ministro indagato per il piano pandemico

Felice Manti

■ Il coraggio, se uno non ce l'ha, non se lo può dare. Il Tribunale dei ministri di Roma liquida a «decisioni dall'evidente "carattere politico"» la lunghissima catena di errori, omissioni e decisioni scellerate di Giuseppe Conte, Roberto Speranza, dei ministri Luciana Lamorgese, Lorenzo Guerini, Luigi Di Maio, Roberto Gualtieri e Alfonso Bonafede, di Cts e Iss che hanno portato l'Italia ad avere uno dei tassi di mortalità più alta d'Europa, scelte che portarono «dati epidemiologici incompleti, spesso non ancora sistematizzati e fatalmente imprecisi», figli di quel caos ma oggi usati come alibi.

«Un lockdown anticipato non avrebbe evitato il contagio», dicono ancora i giudici romani, chiamati in causa da cittadini e parenti delle vittime. Ma la mancata applicazione del piano pandemico resta un'ipotesi di reato ancora tutta da valutare, almeno secondo la Procura di Roma che proprio ieri ha deciso di indagare 13 persone nel filone aperto lo scorso novembre grazie alle inchieste sulla pandemia di Bergamo (e anticipato dal *Giornale*) tra cui gli ex ministri della Salute Speranza, Giulia Grillo e Beatrice Lorenzin per «omissione in atti d'ufficio» assieme

agli ex dg Giuseppe Ruocco e Ranieri Guerra e altri funzionari per «falsità ideologica», in quanto avrebbero raccontato balle all'Oms e alla Commissione europea dopo il 2006. Il presidente dell'Iss Silvio Brusaferrò è indagato invece per «truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche».

Per i giudici romani non aver applicato il piano, come chiedeva invece insistentemente il direttore scientifico dello Spallanzani, Giuseppe Ippolito (anch'egli indagato), non configura l'epidemia colposa: «L'indirizzo prevalente è che la condotta di epidemia colposa non può che essere commissiva», scrivono i giudici, anche se la giurisprudenza non è unanime.

È una tegola per l'ipotesi accusatoria della Procura bergamasca guidata da Antonio Chiappani, che vede indagato anche il governatore della Lombardia Attilio Fontana per la mancata istituzione della zona rossa in Val Seriana. E che rischia di condizionare il resto dei procedimenti aperti, non da ultimo quello «gemello» al Tribunale dei ministri di Brescia.

Dalle carte di quella indagine emerge che l'allora viceministro Pierpaolo Sileri chiese di «effettuare una ricognizione su posti letto, respiratori e personale» ma Giuseppe Ruocco, all'epoca segretario generale del ministero gli rispose che bastava la «mappatura rispetto ad uno scenario di bassa gravità». A verbale l'allora capo di gabinetto del ministero, Goffredo Zaccardi (da sempre ostile a Sileri) sareb-

be stata «una scelta di Conte e degli altri ministri» opporsi alla zona rossa a Nembro e Alzano Lombardo e «spostare l'attenzione verso l'evolversi dell'epidemia in aree vaste del Paese». Al contrario il «ministro Speranza era favorevole».

La sinistra guarda al bicchiere mezzo vuoto dell'archiviazione romana ed esulta, qualcun altro all'estero invece ragiona sul fatto che la mancata applicazione del Piano e le bugie dette ai nostri partner internazionali, al netto delle eventuali conseguenze di carattere penale, espongono il nostro Paese alla gogna e rafforzano l'idea, già suffragata da dati statistici, che l'Italia sia stato il cluster d'Europa e che il virus si sia inoculato in Europa grazie alle porticine lasciate aperte dal governo giallorosso. Secondo Robert Lingard, esperto di comunicazione e analisi e già consulente dei legali dei familiari delle vittime del Covid che oggi verrà sentito per la commissione d'inchiesta parlamentare sul Covid «mentire a Oms e Ue sulla *preparedness* significa comunicare una percezione distorta della sicurezza sanitaria e quindi della sicurezza nazionale agli stati esteri». Un altro filone che rischia di allungarsi sull'ex premier.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

GLI ATTI A ROMA

Covid: indagati gli ultimi tre ministri della Salute

Il mancato aggiornamento del piano pandemico ha portato all'indagine a carico degli ultimi tre ministri della Salute: Roberto Speranza, Giulia Grillo e Beatrice Lorenzin. Si tratta di un filone dell'inchiesta di Bergamo finito a Roma. Nuove rivelazioni, intanto, sull'avvio della pandemia in Italia. **Negrotti** a pagina 11

«Covid, chieste verifiche nei reparti» Sono indagati gli ultimi tre ministri

ENRICO NEGROTTI

Di fascicolo in fascicolo, l'indagine sulla gestione della pandemia da Covid-19 si allarga e da Bergamo raggiunge Roma. Per competenza territoriale, infatti, alcuni atti della Procura bergamasca sono stati trasmessi nella Capitale e chiamano in causa gli ex ministri della Salute Roberto Speranza (2019-2022), Giulia Grillo (2018-2019) e Beatrice Lorenzin (2013-2018). Insieme con loro alcuni direttori generali e alti funzionari del ministero della Salute. Le contestazioni agli ex ministri riguardano il mancato aggiornamento del piano pandemico (fermo al 2006). Quelle ai funzionari invece le false dichiarazioni all'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) tra il 2017 e il 2020 su dati che dovevano "discendere" da un piano pandemico aggiornato e informare sulla capacità di risposta del nostro Paese alla diffusione di un agente infettivo. La trasmissione degli atti a Roma suscita il plauso della associazione di familiari delle vittime #sereniesempreuniti, il cui direttivo ha commentato: «Questa notizia ci dà ancora più forza per proseguire il nostro cammino verso la

verità e la giustizia che dobbiamo a tutti i nostri cari». Intanto, in una differente indagine, ieri il tribunale dei ministri di Roma ha archiviato la posizione dell'ex presidente del Consiglio, Giuseppe Conte, e degli ex ministri Luciana Lamorgese (Interno), Roberto Speranza (Salute), Lorenzo Guerini (Difesa), Luigi Di Maio (Esteri), Roberto Gualtieri (Economia) e Alfonso Bonafede (Giustizia) che erano indagati per alcune denunce relativamente alla gestione della pandemia presentate da associazioni di familiari delle vittime, consumatori e alcuni sindacati. Sono invece undici le posizioni trasmesse nel novembre scorso dalla Procura di Bergamo a quella di Roma: omissione di atti d'ufficio è l'ipotesi di reato per gli ex ministri Speranza, Grillo e Lorenzin, per non aver provveduto all'aggiornamento del piano pandemico e omesso di definire i piani nel dettaglio. Con gli ex ministri sono indagati Giuseppe Ruocco (direttore generale della Prevenzione sanitaria dal 2012 al 2014 e segretario generale del ministero dal 2017 al 2021); Ranieri Guerra (direttore generale della Prevenzione sanitaria dal 2014

al 2017), Maria Grazia Pompa (di-
rettrice fino al 2016 dell'ufficio 5 Malattie infettive della Prevenzione sanitaria), Francesco Paolo Maraglino (direttore dello stesso ufficio dal 2016). Con l'ipotesi di reato di "falsità ideologica" in relazione ai «dati falsi comunicati all'Oms e alla Commissione Europea attraverso appositi questionari» sono indagati: Ranieri Guerra; Claudio D'Amario (direttore generale della Prevenzione nel 2020); Francesco Paolo Maraglino; Loredana Vellucci (ufficio 3 della direzione Prevenzione); Mauro Dionisio (ufficio 4 della direzione Dispositivi medici). Con l'ipotesi di reato di "truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche" è indagato il presidente dell'Istituto superiore di sanità (Iss) Silvio Brusaferrò. Giulia Grillo, ministro della Salute del primo governo Conte, ieri



ha dichiarato di non essere stata informata dell'avviso di garanzia: «Non so nulla, dunque non posso rilasciare dichiarazioni». Dai verbali emerge che ai pm di Bergamo il 3 marzo 2021 dichiarò che «l'attività di aggiornamento del piano pandemico aveva natura prettamente tecnica e pertanto era di competenza dei vari dirigenti presenti in seno al Ministero». Al ministero «nessuno mi ha rappresentato la necessità di aggiornamento del piano pandemico o della necessità di destinare dei fondi a tale scopo». Dichiarazioni analoghe a quelle formulate da Roberto Speranza. Dai verbali della testimonianza di Beatrice Lorenzin ai pm di Bergamo il 3 marzo 2021 emerge che l'ex ministro dichiarò che quando era «scoppiata la pandemia io credevo che già ci fosse il nuovo

piano pandemico», perché alla fine del 2017 Ranieri Guerra «mi aveva informato che avrebbe predisposto un nuovo piano pandemico». Anche Lorenzin dichiarò che, quando divenne ministro, non fu «notiziata» dagli uffici ministeriali della necessità di aggiornare il piano pandemico. Interpellato ieri, Ranieri Guerra ha detto: «Ancora non mi è stato comunicato nulla», ma «comunque i questionari dell'Oms sono stati compilati dai capiufficio». Dai verbali dei pm di Bergamo emerge anche che l'allora vice ministro alla Salute, Pierpaolo Sileri (non indagato), sin dall'11 febbraio 2020, quindi dieci giorni prima della scoperta del «paziente 1» a Codogno, aveva chiesto di «effettuare una ricognizione sui reparti di malattie infettive esistenti, sul numero dei posti

letto dedicati 24 ore su 24, sul numero dei respiratori e di personale disponibile». Sileri era reduce da un viaggio in Cina, e si rivolgeva alla task force subito istituita dopo la dichiarazione dello stato di emergenza il 31 gennaio. La risposta di Giuseppe Ruocco sarebbe stata che era «sufficiente» una «mappatura rispetto ad uno scenario di bassa gravità». Sentito dai pm il 18 gennaio 2021, Ruocco spiegò che «i resoconti venivano redatti da funzionari del Gabinetto del Ministero e non ci venivano trasmessi e dico che potrebbero anche contenere inesattezze». E che «si stava già provvedendo ad effettuare una mappatura della rete». Agostino Miozzo, componente del Cts (e tra gli indagati a Bergamo) confermò che Sileri aveva posto quelle do-

mande, ma che nella task force «non ci fu una specifica discussione sul punto, né furono in quella sede assunte iniziative».

TRE ANNI DOPO

Alcuni atti della Procura di Bergamo finiscono a Roma. Coinvolti Speranza, Grillo e Lorenzin per il mancato aggiornamento del piano pandemico. In un'altra indagine, archiviati Conte e diversi esponenti dell'esecutivo



I giorni del dolore a Bergamo, a marzo del 2020 / Reuters



Inchieste Covid

Piano pandemico
non adeguato
Speranza, Lorenzin
e Grillo nel mirino

di **Paolo Berizzi**

● a pagina 17

IL CONTO DELLA PANDEMIA

Covid, intreccio di inchieste Speranza, Grillo e Lorenzin sotto indagine a Roma “Piano anti virus obsoleto”

Tre tribunali chiamati
a decidere sulla
gestione dei primi
giorni dell'emergenza

dal nostro inviato

Paolo Berizzi

BERGAMO – Roma, Bergamo e Brescia. Tre procure e tre tribunali al lavoro per riscrivere e cristallizzare, codice penale alla mano, la storia delle stragi del Covid. Tre lenti diverse – magistrati e giudici – a cui è toccato e toccherà, nei prossimi mesi, il compito di appuntare in calce se, chi e perché non ha impedito le morti di migliaia di cittadini falciati dal coronavirus nei primi mesi dell'epidemia, che in Italia ha causato 188mila decessi.

La maxi inchiesta della Procura di Bergamo sulla gestione dell'emergenza nella provincia più massacrata dai contagi – 19 indagati per i reati di omicidio colposo plurimo, epidemia colposa e rifiuto di atti d'ufficio – ha portato, nel giro di una settimana, all'apertura di altri due “fronti” giudiziari. E dunque: tre campi distinti, ma di fatto collegati, sui quali ora ballano i destini di politici

di primo piano: leader di partito, ex premier, ex ministri, dirigenti sanitari e medici.

L'ultima novità riguarda tre ex ministri della Salute, Roberto Speranza e i suoi predecessori Giulia Grillo e Beatrice Lorenzin. Sono indagati insieme ad altre dieci persone – tecnici del ministero – per omissione in atti d'ufficio in uno stralcio romano dell'inchiesta bergamasca. Dalla “Wuhan italiana” – come era stata ribattezzata Bergamo tra febbraio e maggio 2020 – i pm hanno trasmesso per competenza territoriale ai colleghi della capitale gli atti riguardanti il mancato aggiornamento del piano pandemico nazionale. Uno dei tre punti intorno ai quali si snoda l'indagine “madre”. Un piano risalente al 2006 che non solo non è mai stato aggiornato, ma – ha appurato la procura – non è nemmeno stato applicato

quando il nemico sconosciuto – Sars-Cov2 – dalla Cina è arrivato in Italia: prima a Codogno, poi ad Alzano Lombardo. Oltre a Speranza, Grillo e Lorenzin, per l'ipotesi di reato di omissione in atti d'ufficio perché non avrebbero aggiornato appunto il piano pandemico e omesso di definire i piani nel dettaglio, ci sono: Giuseppe Ruocco (direttore generale della Direzione prevenzione sanitaria dal 2012 al 2014 e dal 2017 al



2021 come segretario generale del ministero della Salute); Ranieri Guerra (direttore generale della Direzione prevenzione sanitaria del ministero dal 2014 al 2017); Maria Grazia Pompa (direttrice dell'Ufficio 5 fino al 2016); Francesco Paolo Maraglino (direttore dell'Ufficio 5 della Direzione prevenzione sanitaria).

Indagati per "falsità ideologica" in relazione ai «dati falsi comunicati all'Oms e alla Commissione europea attraverso appositi questionari» sono Ranieri Guerra, Claudio D'Amario, ancora Maraglino, Loredana Vellucci e Mauro Dionisio. Al presidente dell'Iss Silvio Brusaferro si contesta invece la «truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche». Le posizioni di tutti e 13 gli indagati saranno vagliate a piazzale Clodio che deciderà se procedere a una nuova iscrizione.

«Non ricordo che ci sia stato qualche dirigente che sia venuto a rappresentarmi la necessità strategica di aggiornare il piano pandemico e di destinare dei fondi a tale scopo». Così riferì l'ex ministro della Salute Giulia Grillo ai pm bergamaschi il 3 marzo 2021. «L'attività di aggiornamento del piano aveva natura tecnica e pertanto era di competenza dei vari dirigenti», aggiunse. Dopo la notizia degli indagati nello stralcio romano, Ranieri Guerra ha commentato: «I questionari dell'Oms sono stati compilati dai capiufficio».

Altra novità riguarda l'archiviazione da parte del Tribunale dei ministri di Roma della posizione dell'ex premier Giuseppe Conte e degli ex ministri Roberto Speranza, Luciana Lamorgese, Lorenzo Guerini, Luigi Di Maio, Roberto Gualtieri e Alfonso Bonafede. I loro nomi erano finiti in un fascicolo in seguito al-

le denunce dell'Unione sindacale di base. In nessun modo «l'epidemia può dirsi provocata dai rappresentanti del governo», si legge nel provvedimento di archiviazione datato 18 maggio 2021.

Ora: otto giorni dopo la chiusura delle indagini dell'inchiesta di Bergamo, qual è lo stato dell'arte e che cosa succederà nelle settimane (mesi) che verranno? Semplichiamo: il tribunale di Bergamo si occuperà degli indagati per le vicende Regione Lombardia, Asst e Ats; Brescia per il Tribunale dei ministri (Conte, Speranza), mentre Roma starà sui 13 indagati dello stralcio. «La storia che stiamo riscrivendo si arricchisce di un nuovo capitolo. Questa notizia ci dà ancora più forza per proseguire il nostro cammino verso la verità e la giustizia». Parole dell'associazione Familiari vittime Covid.

I punti I tre fronti delle inchieste

1 La maxi inchiesta
Sono 19 gli indagati nell'inchiesta della procura di Bergamo, tra loro Giuseppe Conte e Roberto Speranza le cui posizioni saranno valutate dal Tribunale dei ministri di Brescia

2 Lo stralcio
Alcuni fascicoli dell'inchiesta di Bergamo sono finiti a Roma dove sono indagati tre ex ministri della Salute (Speranza, Grillo e Lorenzin) per il piano non aggiornato

3 L'archiviazione
Il Tribunale dei ministri di Roma ha archiviato le posizioni di Conte, Speranza, Lamorgese, Guerini, Di Maio, Gualtieri e Bonafede dopo le denunce dell'Usb

Ma il Tribunale dei ministri già nel 2021 archivierà le posizioni di ex premier e ministri
"In nessun modo l'epidemia può dirsi provocata dagli uomini del governo"

Alcuni fascicoli sono stati trasmessi da Bergamo alla procura romana



*L'associazione dei parenti delle vittime
"Stiamo riscrivendo la storia"*



IL DOSSIER DEL FEBBRAIO 2020

Il report segreto «Sanità, impatti devastanti»

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

«**V**i ricordo la riservatezza nell'uso del documento e in particolare dei dati in esso contenuti». Ecco la frase ricorrente nelle mail che, tra febbraio e marzo 2020, accompagnano il «Piano nazionale sanitario in risposta a un'eventuale

emergenza pandemica da Covid-19». Cosa c'è di tanto riservato in quel documento di 58 pagine? E perché l'allora ministro Roberto Speranza voleva tenerlo segreto?

continua a pagina 7

Le carte del Piano segreto «Impatto devastante sul sistema sanitario»

Gli scenari presentati da Merler al Cts prima del Paziente 1

di **Milena Gabanelli**
e **Simona Ravizza**

SEGUE DALLA PRIMA

Scoprirlo serve per capire quanto il ministero della Salute, i tecnici del Cts e della Lombardia sanno del virus il 20 febbraio 2020, quando alle ore 20 all'ospedale di Codogno viene diagnosticato il Covid al Paziente 1. Nell'inchiesta della Procura di Bergamo per epidemia colposa, i contenuti del Piano giocano un ruolo decisivo per valutare se chi in quel momento deve decidere ha le conoscenze e gli strumenti per farlo. Bisogna leggere le carte: l'informativa sull'attività investigativa, il Piano, le email dei protagonisti di quei drammatici giorni e i verbali con l'interrogatorio di Stefano Merler, il matematico della Fondazione Bruno Kessler (Fbk) fra i massimi esperti mondiali di modelli

epidemiologici, che già prima di Natale inizia a studiare la diffusione del Covid in Cina.

Le previsioni

È l'11 febbraio 2020 e in Italia gli unici casi di Covid accertati sono i due turisti cinesi in viaggio a Roma. Andrea Piccioli, direttore generale dell'Istituto superiore di Sanità (Iss), telefona a Merler: «Mi ha chiesto di preparare degli scenari di diffusione di Covid-19 in Italia e stimare il possibile impatto sul sistema sanitario. Il giorno stesso gli ho mandato un primo report. Il giorno successivo ho presentato i risultati in Cts». Appare immediatamente la gravità della malattia: «La probabilità di sviluppare sintomi severi (Terapia intensiva senza ventilazione meccanica invasiva) è del 18.75%. Il 5% dei casi sviluppa sintomi così gravi da richiedere la ventilazione meccanica invasiva/Ecmo. Questi pazienti restano in Terapia in-

tensiva per 20 giorni». In quel contesto Merler sottolinea come «data l'alta trasmissibilità del virus ($R_0 = 2.6$, dai dati cinesi), anche mettendo in campo interventi che riducono molto la trasmissibilità ma non eliminano del tutto la malattia, l'impatto sul sistema sanitario potrebbe essere devastante». Bisogna essere pronti a ogni forma di intervento per evitare la diffusione del Covid in Italia. Il 17 febbraio in Cts vengono presentati i risultati preliminari di un modello matematico più articolato e le implicazioni per il



Piano stesso che Merler e gli esperti dell'Iss completano nella prima versione tra il 18 e il 20 febbraio.

Davanti a Speranza

Arriva il 20 febbraio. A mezzanotte e 3 minuti Modesta Visca, funzionaria dell'Iss, ignara di quello che succederà nelle ore successive, invia ad alcuni componenti del Cts il «PIANO_20.02.20 DEF, nonché le slides x il ministro». Alle 8.37 Alberto Zangrillo, alla guida dell'Anestesia e Rianimazione del San Raffaele di Milano, scrive ad Andrea Urbani del ministero della Salute: «Riguardo al documento riservato, lo trovo molto razionale e completo». La presentazione del «Piano nazionale sanitario» avviene nel pomeriggio alla presenza del ministro Speranza. «Mi sono occupato di fornire stime del possibile andamento della pandemia in Italia — spiega Merler agli investigatori — e valutazioni sugli interventi per contenerla». Oltre a Merler, il relatore è Alberto Zoli, membro del Cts e alla guida dell'Emergenza-Urgenza di Regione Lombardia. Il 21 feb-

braio il Piano è utilizzato per adottare i primi provvedimenti: scatta la zona rossa a Codogno.

I 3 scenari

Vediamo cosa prevede il Piano al 29 febbraio e poi spiegheremo perché la data è importante (il documento su *Corriere.it*). Prendiamo lo scenario più cauto, quello con $Ro = 1,15$, e quello più catastrofico con $Ro = 2$ (il 3 bis, poi accertato nei primi giorni in Lombardia). «Nel corso del primo anno di un'eventuale epidemia il numero totale dei casi varia da 672.568 a 2.973.651, mentre i casi gravi e critici da 88.167 a 586.889. Nello scenario 3 bis la proiezione è di 1.000 casi notificati dopo 38 giorni dal primo che ha generato l'epidemia vera e propria (i primi accertati in Lombardia risalgono a circa inizio gennaio), con un'occupazione del 75% dei posti di Terapia intensiva dopo 64 giorni e del 120% dopo 67. Considerando, però, che molti posti letto in Terapia intensiva sono già occupati da pazienti con altre patologie, il gap (ossia la differenza tra quelli che ci

sono e quelli che servono, ndr) sarebbe di 2.397 posti in Terapia intensiva dopo 64 giorni e di 4.791 posti dopo 67. Il sistema sanitario sarebbe quindi andato al collasso dopo 2 mesi dal primo caso importato che ha generato l'epidemia vera e propria». Il dato di 100 mila morti non è di Merler e nemmeno nel Piano. Tra le misure indicate ci sono quelle definite di «intervento straordinario (reattive, su base geografica)»: fuori dai tecnicismi sono le zone rosse.

La tesi della Procura

Alle 18 del 29 febbraio, come risulta dal sito Internet del ministero della Salute, i casi in Italia sono 1.049. La Procura scrive: «Da questi dati ne conseguono alcune ovvie considerazioni. La prima è che il contagio aumentava esponenzialmente giorno per giorno, per cui non sarebbe stato complicato ipotizzare sin da subito quale poteva essere l'andamento dell'epidemia nei giorni immediatamente successivi. La seconda è che già alle 18 del

29.2.2020, ossia 9 giorni dopo il primo positivo di Codogno, si era superato il limite dei 1.000 positivi che il Piano prevedeva, nella peggiore e più grave delle ipotesi, dopo 38 giorni dal primo caso, a significare che i contagi erano ormai fuori controllo. La terza è che il Piano prevedeva l'occupazione di 60 posti letto in Terapia intensiva al 38° giorno, mentre in realtà dopo 8 giorni i posti letto occupati in Terapia intensiva erano già 64». Conclusione: «Ne discende che il peggior scenario ipotizzato dal Piano era ben lontano dalla cruda e grave realtà, con l'ovvia conseguenza che sin da quei giorni il Cts avrebbe dovuto proporre, ed il ministero adottare, provvedimenti restrittivi ben più incisivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

● Merler prevede alcuni scenari: in quello peggiore, secondo studi successivi nati proprio dal suo Piano (uno dei quali pubblicato su *Nature*), si potevano ipotizzare fino a 100 mila morti in Italia

La scheda

● Il «Piano nazionale sanitario in risposta a un'eventuale emergenza pandemica da Covid-19» è un documento del matematico Stefano Merler e del suo staff, presentato al Cts e al ministro di allora Roberto Speranza nei giorni precedenti la scoperta del Paziente 1

La realtà

Il 29 febbraio del 2020 il contagio in Italia era già oltre le previsioni del documento



GIMBE: "È IL DISASTRO"

**Istat: liste d'attesa
infinite ingrassano
la sanità privata**

◉ CASELLI E PALOMBI A PAG. 15

AUDIZIONE IN SENATO

Istat: le liste d'attesa infinite ingrassano la sanità privata

NUMERI *Nel 2021 la spesa per strutture non pubbliche era di 41 mld
L'anno scorso è aumentato del 5% chi ha pagato di tasca propria*

» **Marco Palombi**

Le mancanze del Servizio sanitario nazionale ingrassano la sanità privata, specialmente grazie alla spesa diretta delle famiglie (cosiddetta "out of pocket") che aumenta da anni, escluso il 2020 dei lockdown, e che nel 2022 è stata spinta in particolare dalle liste d'attesa infinite. Questo, in estrema sintesi, il contenuto di un'audizione dell'Istat di ieri in Senato. È l'altra faccia della notizia che *Il Fatto* ha riportato sempre ieri, cioè l'allarme sul sistema sanitario lanciato al governo dalle Regioni: mancano medici, infermieri, strutture territoriali e ovviamente soldi, perché dopo un sotto-finanziamento durato un paio di decenni e lo choc del Covid l'universalità del Ssn e persino il suo funzionamento sono a rischio. Le Regioni chiedono subito le spese "pandemiche" non ripianate dallo Stato (circa 4 miliardi), ma anche un percorso pluriennale di aumento dei fondi sulla salute: non pare aria visto

che l'Italia si è impegnata con l'Ue a riportare il bilancio in avanzo primario, impegno messo nero su bianco dal governo nella Nota di aggiornamento al Def.

E ORA VENIAMO ALL'ISTAT: altri dataset possono dare numeri diversi, persino "peggiori" di quelli dell'Istituto statistico nazionale, ma è il trend che conta. Nel 2021, ultimo dato definitivo disponibile, la spesa sanitaria in Italia era complessivamente di circa 168 miliardi di euro: lo Stato ne finanziava il 75,6%, il resto - che in soldi fa 41 miliardi - era a carico delle famiglie, in gran parte mettendo direttamente mano al portafogli (35,6 miliardi di spesa "out of pocket") e per una quota molto minore attraverso assicurazioni volontarie (4,5 miliardi). Il 2021, è bene tenerlo a mente, è uno dei due anni in cui la spesa sanitaria dello Stato è cresciuta per l'emergenza Covid: se prendiamo il periodo 2012-2019 (escludendo gli anni della pandemia) la spesa pubblica è salita dello 0,8%

l'anno in media (meno dell'inflazione, il che si traduce in un taglio, tanto più che l'inflazione sanitaria normalmente è assai più alta di quella generale), la spesa diretta delle famiglie del 2,1% annuo e quella assicurativa del 4,3%. Cosa ci compravano le famiglie con quei soldi? Visite e cure ambulatoriali (36,5% del totale), farmaci (29,3%), degenza ospedaliera a lungo termine e apparecchi terapeutici da usare a casa (10,4% per ciascuna voce).

Il trend, secondo i dati preliminari comunicati dall'Istat in Parlamento, è proseguito nel 2022 probabilmente peggiorando: la percentuale di cittadini che hanno rinunciato alle cure è tornata ai livelli pre-Covid (il 7% contro l'11,1% del 2021 e però il 4% del 2008), ma



con diversa composizione geografica (aumenta il peso del Nord) e sociale (sale la quota dei benestanti). Questa l'interpretazione di Istat: "Nel confronto tra il 2022 e gli anni pregressi della pandemia, emerge un'inequivocabile barriera all'accesso costituita dalle lunghe liste di attesa, che nel 2022 diventa il motivo più frequente" di rinuncia alla prestazione medica, persino più dei motivi economici (il 4,2% della popolazione contro il 3,2).

QUESTO COMPORTERÀ, quando avremo i dati definitivi, un probabile corposo aumento della spesa privata diretta: "Un altro aspetto che potrebbe evidenziare una maggiore difficoltà di accesso alle cure è che per soddisfare il bisogno di prestazioni

sanitarie è stato necessario un maggior ricorso all'"*out of pocket*" o a spese sanitarie garantite da copertura assicurativa".

L'anno scorso, dice Istat, la composizione della spesa per visite e accertamenti "si sposta di alcuni punti percentuali da prestazioni a carico del Ssn o gratuite a quelle pagate di tasca propria o con rimborso parziale o totale da parte delle assicurazioni private o aziendali": nel 2019 il 37% degli intervistati dichiarava di aver pagato del tutto privatamente una visita specialistica, l'anno scorso erano il 41,8%; stesso discorso per gli accertamenti diagnostici (dal 23 al 27,6%). Prestazioni tra le più colpite dalle infinite liste d'attesa nella sanità pubblica che diventano sempre più profitto privato: da notare che

la quota del campione coperta da un'assicurazione è un residuo 5% e che - specie per il "welfare aziendale" - si parla della parte più ricca dei lavoratori (il quinto col reddito più basso vale il 2,5% della spesa).

IN CRESCITA
IL 42%
HA SCELTO
UNA VISITA
SPECIALISTICA



Collasso nazionale
Alla Sanità mancano 4 miliardi. Sotto, Cartabellotta
FOTO ANSA



Un medico su due lascia pronto soccorso e 118

di GABRIELLA DE MATTEIS



ai medici del 118 a quelli impegnati nella medicina di base o nei pronto soccorso, passando per i pediatri. In Puglia è allarme sulla carenza di professionisti del settore sanitario. «La professione non è più attrattiva e i medici scappano ad esempio

dagli ospedali» dice Filippo Anelli, numero della Federazione degli Ordini dei Medici che, nelle settimane scorse, ha lanciato l'allarme sulla diminuzione del numero dei medici.

I dati sono emblematici. Si parte ad esempio dal 118 dove come denuncia la Cgil, a Bari su 530 medici previsti negli organici dei 118, 200 non ci sono più: hanno lasciato il servizio di emergenza, stanchi di lavorare in prima linea, tra turni non più sostenibili e carichi di lavoro enormi. Un problema che di fatto riguarda anche altri settori, come quello dei pronto soccorso. La direzione generale del Policlinico, ad esempio, ha dato il via libera ad un avviso di mobilità per professionisti che vogliano prestare servizio al pronto soccorso del Giovanni XXIII, uno dei punti più critici dove nei momenti di maggiore affluenza la carenza di medici è spesso al centro delle polemiche. Le scuole di specializzazione in Medicina di emergenza non attraggono, come dimostrano i dati. Secondo i numeri, forniti da Anaa Assomed e Anaa giovani, ad esempio, all'Università di Bari in particolare, il 47,5 per cento dei contratti per questa scuola di specializzazione sono andati persi, tra posti non occupati e rinunce. Una tendenza registrata già nel passato più recente: un terzo dei posti per le scuole di Emergenza-Urgenza in Puglia, negli ultimi due anni, non sono stati assegnati per mancanza di candidati. «Vengono lasciate indietro quelle specialità che non hanno sbocchi anche in campo libero-professionale e quelle in cui l'impegno lavorativo è notevole rispetto a una forma di gratificazione sia economica sia professionale minore - commenta il dottor Stefano An-



REPUBBLICA SALUTE

dresciani, segretario aziendale Anaao al Policlinico - Il rischio per chi lavora al Pronto soccorso, per esempio, è elevatissimo a fronte di remunerazioni bloccate». Un problema rilevato anche da Michele De Fazio, presidente del corso di laurea in Medicina dell'università di Bari che spiega: «Faccio l'esempio delle assicurazione: non è ammissibile che un chirurgo paghi quanto un dermatologo».

Il risultato pratico della mancanza di neolaureati che decidono di specializzarsi in Medicina d'Urgenza è nella carenza di medici che scelgono la prima linea, quindi il lavoro al pronto soccorso. Denuncia la sezione la Fmmg: «Le carenze di personale sono ormai drammatiche e non limitate al pronto soccorso dato che investono tutto il sistema sanitario regionale. Le prime conseguenze ovviamente si notano nell'emergenza urgenza, ma il problema è generalizzato: abbiamo a che fare con una fragilità strutturale che investe tutto il servizio sanitario e mette a rischio proprio la capacità della sanità pubblica di offrire assistenza ai cittadini».

E poi c'è il problema dei medici di base troppo pochi per fornire un'assistenza adeguata ai cittadini pugliesi. Per coprire i vuoti in organico, entro la fine dell'anno, secondo una stima dell'assessorato alla Sanità è necessario reclutare almeno 300 medici, un

numero destinato ad essere ritoccato al rialzo. Per questo nei giorni scorsi l'assessore alla Sanità Rocco Palese, insieme ai colleghi delle altre regioni, ha scritto una lettera al ministro Schillaci. «Quando parliamo di 300 - spiega Palese - intendiamo il numero minimo, perché ne servirebbero molti di più». Per risolvere il problema della carenza di medici di famiglia, la Regione ha studiato un provvedimento che autorizza i professionisti cosiddetti massimalisti a superare la soglia di 1500 pazienti. In Puglia i medici della continuità assistenziale sono circa 3.700, ma da quest'anno, secondo uno studio Fimmg, con i pensionamenti verranno meno 150 professionisti.

numero destinato ad essere ritoccato al rialzo. Per questo nei giorni scorsi l'assessore alla Sanità Rocco Palese, insieme ai colleghi delle altre regioni, ha scritto una lettera al ministro Schillaci. «Quando parliamo di 300 - spiega Palese - intendiamo il numero minimo, perché ne servirebbero molti di più». Per risolvere il problema della carenza di medici di famiglia, la Regione ha studiato un provvedimento che autorizza i professionisti cosiddetti massimalisti a superare la soglia di 1500 pazienti. In Puglia i medici della continuità assistenziale sono circa 3.700, ma da quest'anno, secondo uno studio Fimmg, con i pensionamenti verranno meno 150 professionisti.

All'appello mancano anche pediatri e dottori di famiglia. La Regione prova a coprire i vuoti d'organico ma c'è il problema della formazione



Sanità, corsa per spendere 2,7 miliardi nelle cure a casa del 10% degli over 65

Al via i fondi

Manca il personale sanitario per aggiungere altri 800mila pazienti curati a domicilio

Marzio Bartoloni

I fondi ci sono - quasi 3 miliardi - e non sono mai stati così tanti per curare a casa gli italiani perché l'assistenza domiciliare è da sempre la Cenerentola della nostra Sanità come tragicamente si è scoperto nei mesi più duri della pandemia. L'obiettivo è molto ambizioso: raggiungere con le cure domiciliari il 10% degli over 65 nel giro di meno di 4 anni, si tratta di circa 1,3 milioni di italiani contro i 400mila di oggi.

Il rischio concreto però è che le Regioni non riescano a spendere i 2,7 miliardi stanziati dal Pnrr nei tempi previsti e cioè entro il 2026 e con i target molto stringenti fissati anno per anno dal decreto di riparto dei fondi - pena la loro perdita - appena approdato sulla Gazzetta Ufficiale del 6 marzo scorso. Il Servizio sanitario non è infatti mai stato così col fiato corto come in questo momento, alle prese soprattutto con l'emergenza più grande: quella della carenza del personale che manca negli ospedali, figurarsi per il "territorio" (cioè per le cure extra ospedale). Un dato tra tutti dà l'idea del vuoto di operatori: per le cure domiciliari la figura assistenziale centrale è quella del nuovo infermiere di famiglia. Peccato che oggi ce ne siano poche migliaia mentre ne ser-

virebbero circa 70mila per mettere davvero a regime la Sanità del territorio. L'alternativa a poggiarsi sulle "forze interne" che sono molto carenti in quasi tutte le Regioni è quello di affidarsi all'esterno e cioè a enti specializzati (pubblici e privati) accreditati per le cure domiciliari. Un fronte anche questo dove non mancano i ritardi nelle procedure di accreditamento previste in un provvedimento della Stato-Regioni approvato nel 2021.

Non farsi trovare pronti a spendere i fondi messi a disposizione dal Pnrr può davvero diventare una pericolosa tagliola per le Regioni. Il decreto firmato dal ministro della Salute Orazio Schillaci - pubblicato in Gazzetta - fissa infatti paletti precisi vincolando l'erogazione delle risorse al raggiungimento di obiettivi intermedi di popolazione assistita, anno per anno, fino a metà 2026 quando si dovrà appunto raggiungere il target del 10% di over 65 curati a casa. E così già quest'anno le Regioni per avere il 50% delle risorse stanziare dovranno dimostrare di aver aggiunto 296mila over 65 in più curati a casa - dai 41mila della Lombardia ai 1391 del Molise - e il prossimo anno ben 525mila fino appunto arrivare agli 808mila del 2026. Un impegno non da poco se si pensa che l'Italia è storicamente fa-

nalino di coda in Europa nelle cure a casa e parte da un 3% di anziani assistiti - con 16 ore in media di assistenza per persona all'anno mentre ne servirebbero almeno 20 al mese ciascuno - a fronte ad esempio del 15,6% della Germania che è in cima alla lista.

A monitorare il rispetto annuale dei target fissati Regione per Regione sarà l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali di cui si avvale il ministero della Salute. Sotto la lente dell'Agenas finiranno «i dati rilevati tramite gli appositi indicatori del flusso ministeriale dedicato all'assistenza domiciliare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'erogazione dei fondi è subordinata al raggiungimento di target annuali fino alla scadenza del 2026



AUSTRACOVID

DOPPIO VIRUS

Sono quasi 500mila gli italiani a letto con l'influenza e per gli ultimi colpi del Coronavirus, un mix che esaspera i sintomi e allunga la malattia. E negli Usa via libera ai tamponi che rilevano entrambi gli agenti patogeni

CARLA MASSI

F

ebbre alta a esordio improvviso, tosse secca e stizzosa, mal di testa, stanchezza, brividi, dolori muscolari e articolari, dolori addominali, nausea, vomito, mal di gola, naso congestionato, ridotta qualità del sonno. L'influenza Australiana, arrivata da noi all'inizio dell'autunno, non molla la presa. L'epidemia stagionale di influenza batte il record di durata. Dieci milioni di italiani sono stati colpiti da ottobre a oggi, la curva non sembra ancora arrestarsi. La ragione di un simile effetto prolungato potrebbe essere dovuta ai due anni di pandemia. La cosiddetta "memoria immunitaria", la capacità dell'organismo di rispondere a infezioni già avute e di cui si è mantenuto il ricordo, è, in qualche modo, andata in letargo.

E, in questo periodo, il virus influenzale sembra mischiarsi con estrema facilità a quello del Covid. Rendendo spesso difficile la diagnosi ai primi segnali, esasperando i sintomi e allungando i giorni di malattia. Nell'ultima settimana, si legge nel rapporto epidemiologico InFluNet dell'Istituto Superiore di Sanità, sono stati 479mila gli italiani messi a letto da sindromi simil-influenzali. Circa 3mila in più rispetto ai sette giorni precedenti. Aumenta la circolazione dei virus influenzali. La stagione 2022-2023, spiegano i ricercatori, si è rivelata tra le più virulente degli ultimi anni. Dopo il picco a fine novembre che ha visto quasi 1 milione di casi in una settimana, il calo è proseguito fino al-

la seconda metà di gennaio, quando la discesa dei contagi, però, si è arrestata. Siamo alla quinta settimana consecutiva senza variazioni. Con l'arrivo di marzo si prevedeva, invece, una curva in discesa.

SENZA TREGUA

Dopo il picco di inizio dicembre, quando si raggiunse il 16 per mille di incidenza, da metà gennaio a oggi l'epidemia stagionale sembra quindi non calare di intensità, soprattutto tra i bambini più piccoli. La discesa del numero di casi di influenza si è interrotta nella settimana compresa tra il 13 e il 19 febbraio. Ed è seguito un lieve aumento dei contagi. Una variazione di piccola entità, confermata però anche da un incremento della circolazione dei virus influenzali.

Prova di questo mix è la decisione presa dalla Food and drug administration americana (Fda è l'ente governativo statunitense che si occupa della regolamentazio-

ne dei prodotti alimentari e farmaceutici) ha autorizzato l'uso di del primo test casalingo in grado di rilevare sia il Covid-19 che l'influenza. Il tampone nasale monouso, prodotto dall'azienda Lucira Health, è in grado di distinguere tra influenza A e B e coronavirus. Con il kit monouso, acquistabile senza prescrizione medica, si procede al prelievo "fai da te" di campioni da tamponi nasali: si possono effettuare anche sui bambini dai due anni in su e i risul-



tati si ottengono in circa 30 minuti.

Sul fronte del Covid il virus, per ora, non cambia ma la pandemia non è finita. Lo conferma Antonella Viola, immunologa Ordinario di Patologia generale al Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Padova. «La buona notizia – commenta – è che per il momento il virus non sembra cambiare in maniera importante, Omicron rimane la variante che sta circolando sotto forma di varie sottovarianti. Non c'è stato un cambiamento così importante da mettere in crisi la vaccinazione o anche le immunità date da infezioni pregresse».

Il virus del Covid non sembra, dunque, mutare e sono in stallo le coperture dei richiami per i vaccini raggiungendo il 31,2% per la quarta dose e il 15,3% per la quinta dose. Come rileva il monitoraggio della Fondazione Gimbe. Sono ancora 8,63 milioni le persone che non hanno ricevuto

nemmeno una dose di vaccino. Negli ultimi dieci giorni, inoltre, si registra un calo dei contagi di Covid-19 (-9,4%) e dei decessi (-6,6%). Stabili i ricoveri (-1%) e lieve risalita delle terapie intensive (+3%).

Per l'immunologa siamo in una fase della pandemia in cui non c'è più l'emergenza, il numero dei contagi non è altissimo. «È importante l'indice di quello che accade negli ospedali – aggiunge Antonella Viola – perché oggi sappiamo che non si fanno più molti tamponi. In questo momento navighiamo un po' a vista».

L'IMMUNOLOGA
ANTONELLA VIOLA:
«NESSUNA NUOVA
VARIAZIONE DA OMICRON
LA PANDEMIA C'È
ANCORA MA NON SIAMO
PIÙ IN EMERGENZA»

I NUMERI

479.000

Nell'ultima settimana, gli italiani a letto causa sindromi simil-influenzali: 3mila in più dei sette giorni precedenti

8,63

I milioni di persone che non hanno ancora ricevuto nemmeno una dose di vaccino anti Covid

Sotto, Antonella Viola, immunologa Ordinario di Patologia generale al Dipartimento di Scienze Biomediche dell'Università di Padova



Il caso

Corsa alla puntura che fa dimagrire “Ma quel farmaco serve ai diabetici se manca non potranno curarsi”

Boom nei consumi del semaglutide: nato per regolare il glucosio, fa anche perdere peso senza dieta. L'Aifa dà l'allarme: “Le scorte possono esaurirsi”

di Elena Dusi

Sembra il regalo perfetto per un'umanità pingue e sedentaria. Ora l'industria farmaceutica è riuscito a confezionarlo. Il principio attivo si chiama semaglutide. È una medicina nata nel 2017 per trattare il diabete. Poi ci si è accorti che un'iniezione a settimana permette anche di perdere peso senza sforzi. I test sui volontari con obesità senza diabete mostrano un calo del 15% dei chili in 40 settimane.

Nel guardare i dati, i medici che trattano l'eccesso di peso, quello serio, hanno tirato un sospiro di sollievo. La Food and Drug Administration americana ha approvato il semaglutide anche contro l'obesità, oltre che il diabete, nel 2021. L'Agenzia Europea del Farmaco, Ema, l'ha seguita a giro di posta. Le riviste di divulgazione parlano oggi di “rivoluzione per l'obesità”.

Poi però, da qualche settimana, ci si sono messi i social. Il magnate Elon Musk, dimagrito e sorridente, ha ammesso di usare il farmaco. Altre stelle di Hollywood sono fortemente sospettate, tanto che in rete si è diffusa l'espressione “ha un aspetto da semaglutide”. Per i pazienti che soffrono di diabete, quello serio, sono iniziati i problemi. Più crescono i video su TikTok di personaggi, famosi e non, che magnificano gli effetti dimagranti del sema-

glutide - oggi siamo a mezzo miliardo di visualizzazioni - meno i diabetici non lo trovano in farmacia.

«Ho cambiato prescrizione ai primi pazienti. Altri sono preoccupati» ammette Graziano Di Cianni, presidente dell'Associazione medici diabetologi. L'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, ha emesso una nota in cui avverte che le carenze dureranno per tutto il 2023. La casa produttrice, la danese Novo Nordisk, promette invece che le strozzature saranno brevi. Ma il mercato americano, che già garantisce 3-4 miliardi di ricavi all'anno e ha un bacino di 40 milioni di pazienti, è troppo goloso per essere trascurato a favore di paesi più snelli. Risucchiato dal mercato dei dimagranti, il farmaco è diventato difficile da reperire anche per i diabetici negli Usa.

All'origine di questo insano braccio di ferro tra chi ha il diabete e chi l'obesità c'è una molecola capace di mimare un ormone prodotto dall'intestino dopo aver mangiato. Il semaglutide aggiusta i livelli di zucchero nel sangue quando sono alti, induce un senso di sazietà e rallenta lo svuotamento dello stomaco, posticipando il

desiderio del prossimo pasto. Viene somministrato una volta a settimana con una penna munita di un ago sottile. La versione usata contro il diabete ha un dosaggio basso (un milligrammo) e il nome commerciale Ozempic. Quella per dimagrire ha bisogno di più principio attivo (2,4 milligrammi), si chiama Wegovy ed è indicata per chi ha un indice di massa corporea superiore a 30 o per chi è solo sovrappeso ma ha fattori di rischio. Sul mercato americano una confezione da 4 siringhe (per 4 settimane) costa 900 dollari per Ozempic e 1.300 per Wegovy. La casa farmaceutica, Eli Lilly, dovrebbe lanciare in primavera negli Usa un farmaco dall'effetto simile. Secondo l'Economist il mercato dei medicinali contro l'obesità raggiungerà i 150 miliardi nel 2031. I vaccini contro il Covid saranno ricordati come bruscolini.

Gli effetti collaterali, di fronte a malattie croniche gravi come diabete e obesità, sono considerati dai



medici tollerabili: nausea, diarrea, vomito. Una rara forma di pancreatite sembra associata al dimagrimento rapido, più che al farmaco in sé. I test sugli animali hanno mostrato un aumento di rischio per il cancro della tiroide, motivo per cui il periodo di assunzione anche negli Usa è limitato a due anni.

L'Italia di fronte a queste incertezze resta cauta. Nel nostro paese il sistema sanitario nazionale offre solo Ozempic ai pazienti con diabete di tipo 2. Wegovy per l'obesità è disponibile in Danimarca, Norvegia e con molte limitazioni in Francia. La Gran Bretagna ha annunciato ieri la sua intenzione di introdurlo.

«Ma non sarà disponibile per tutti» ha avvertito la direttrice dell'agenzia regolatoria Nice, Helen Knight.

L'obesità, d'altra parte, viene sempre meno considerata un fallimento della volontà e sempre più una malattia, frutto di una storia evolutiva interessata a farci conservare grasso e calorie, più che a spenderli. Con questa evoluzione prima o poi anche semaglutide dovrà fare i conti. Terminata la somministrazione, dopo due anni, i chili persi nei pazienti obesi sono infatti tornare tutti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

A cosa serve la medicina

IL FARMACO

Ozempic
Nella versione usata contro il diabete

Wegovy
Nella versione usata per dimagrire, con un dosaggio 2,5 volte più alto

PRINCIPIO ATTIVO

Semaglutide

EFFETTI

Glucosio
Regola il glucosio nel sangue (controlla il diabete)

Cibo
Allunga la permanenza del cibo nello stomaco, ritardando la sensazione di fame

IL TEST

La casa produttrice
Condotto dalla casa produttrice, la danese Novo Nordisk

APPROVAZIONE

Autorizzazione
Risale al 2017 per il diabete. Dal 2021 è usato negli Usa anche contro l'obesità

IN ITALIA

Usato contro il diabete di tipo 2 da circa il 20% dei pazienti. Non è previsto l'uso come dimagrante

Costa circa 150 euro per 4 iniezioni (un mese)

EFFETTI COLLATERALI

I disturbi
Gastrointestinali, vomito e diarrea. Non sono ancora noti gli effetti di un uso prolungato

Peso
Perdita di peso del 10-15% in 40 settimane

SOMMINISTRAZIONE

Uso
Si inietta con una penna munita di ago **una volta alla settimana**. L'uso massimo consentito è di **due anni**

Dopo la cura
Nuovo aumento del peso quando si interrompe la cura

INFOGRAFICA DI CARLO ROSSETTI



Sos globesity

4 bimbi su 10 in sovrappeso

Il grado di scolarizzazione, la cultura alimentare
l'educazione familiare sono determinanti

Ma spesso i genitori sono i primi a non accorgersi
dei problemi di salute dei propri figli

di IRENE CARMINA

La chiamano "globesity", la pandemia dell'obesità. E la Sicilia è il suo epicentro. Nell'Isola, quattro bambini su dieci hanno un problema legato al peso. Stando all'ultimo report di "Okkio alla salute", il sistema di sorveglianza nazionale promosso e finanziato dal ministero della Salute, il 22,6 per cento dei bambini di età compresa tra i sette e i dieci anni è in sovrappeso, il 14 per cento è obeso. Un numero altissimo che inchioda l'Isola al primo posto della classifica europea dell'obesità infantile, insieme alla Campania. Nonostante i dati siano in lieve miglioramento rispetto a quasi dieci anni fa, con il meno quattro per cento dal 2014, in Sicilia è allarme obesità infantile.

Mentre un adulto si può definire obeso quando il suo peso corporeo supera di circa venti chili il suo peso ideale (pari al trenta per cento del peso ideale), un bambino è considerato obeso quando il suo peso è più del venti per cento di quello ideale. I rischi sono altissimi: «l'insorgenza di patologie cronico-degenerative, il loro sviluppo in età adulta e un severo aumento del rischio di mortalità in età infantile», avverte Cosimo Callari, primario di chirurgia all'ospedale Buccheri

La Ferla di Palermo, esperto in chirurgia dell'obesità. Che l'obesità sia un problema siciliano non è un caso: è anche una questione sociale. «Nella nostra regione osserviamo dati di prevalenza più elevati nei bambini con un più basso livello di scolarità materna, residenti in luoghi meno popolosi (meno di 10mila abitanti) e nei figli di genitori sovrappeso o obesi», precisa Callari. Il grado di scolarizzazione, la cultura alimentare, l'educazione familiare sono determinanti ma, spesso, le famiglie sono le prime a non accorgersi dei problemi di salute dei propri figli. «In Sicilia, il 40,3 per cento delle madri di bambini obesi ritiene che i figli siano sotto-normopeso», dice il dottore.

Ci sono poi alcuni fattori di rischio, che vanno considerati come possibili campanelli di allarme: «abitudini alimentari scorrette, come saltare la colazione o effettuare una colazione inadeguata (8-33 per cento di incidenza) o un'abbondante merenda a metà mattina con prodotti confezionati erogati da distributori scolastici (5,6 per cento), consumare meno di una porzione di frutta o verdura giornaliera (24,3 per cento), e ancora astili di vita sedentari, come non svolgere nessuna attività fisica (20,4 per cento) o trascorrere più di due ore sul diva-

no di fronte alla tv, al tablet o allo smartphone (44,5 per cento)».

La strategia medica di attacco all'obesità prevede innanzitutto un percorso psico-nutrizionale e, solo come extrema ratio, una soluzione drastica: l'intervento chirurgico che consente di asportare il 70-80 per cento della massa grassa. «Le linee guida internazionali pubblicate alla fine del 2022 rivalutano notevolmente l'efficacia e la sicurezza dell'approccio chirurgico in età infantile, addirittura in pazienti di età inferiore ai dieci anni, e l'età ossea, lo spettro autistico, la pubertà e il ritardo mentale non sono criteri di esclusione dell'intervento chirurgico - spiega Callari - La procedura più eseguita in questa fascia di età è rappresentata dal bypass gastrico Roux en Y laparoscopico che sembra avere un'utilità nella risoluzione delle comorbidità correlate all'obesità, quali in particolare l'ipertensione arteriosa e il diabete mellito di tipo 2, persino superiore a quella che ha nella popolazione adulta».

Naturalmente, la medicina più



REPUBBLICA SALUTE

efficace è sempre quella preventiva. Un'alimentazione bilanciata, unita a uno stile di vita sano e attivo, è in grado di ridurre drasticamente il rischio di obesità. I bambini dipendono dalle scelte degli adulti, ma spesso sono proprio gli adulti i primi ad avere problemi legati al peso. «Nella mia esperienza professionale, negli ultimi cinque anni, ho osservato, un progressivo abbassamento dell'età dei pazienti

affetti da obesità severa suscettibili di intervento bariatrico e soprattutto sempre di più l'accesso ai nostri ambulatori di intere famiglie», spiega il dottore.

1 L'obesità

Un bambino obeso

2 L'alimentazione

Hamburger e patatine ogni giorno sono proibiti

3 La dieta

La misurazione del giro vita



L'esperto
Cosimo Callari
primario
di Chirurgia
all'ospedale
Buccheri La Ferla
di Palermo
esperto
in chirurgia
dell'obesità





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Dall'Inghilterra nuovo farmaco per tumore osseo

Si chiama "Cadd522", ed è un farmaco innovativo per il trattamento del cancro alle ossa, che potrebbe migliorare notevolmente la prognosi per i pazienti pediatrici con osteosarcoma primario. È quanto emerge da uno studio pubblicato sul *Journal of Bone Oncology*, condotto dagli scienziati dell'Università inglese dell'East Anglia. Il nuovo farmaco dovrebbe agire contro tutti i principali tipi di tumore osseo primario. Il cancro che inizia dalle ossa, spiegano gli autori,

colpisce prevalentemente i bambini, e «oggi viene trattato con cocktail chemioterapici obsoleti e amputazione degli arti». Stando allo studio, il farmaco è in grado di incrementare la sopravvivenza del 50%.



NOVITÀ SULLA MALATTIA

Sonno cattivo e Alzheimer sono strettamente legati

Studio condotto a Torino

Una scarsa qualità del sonno e l'Alzheimer sono strettamente legati. Il meccanismo è stato spiegato per la prima volta a Torino da una ricerca condotta dal Centro di medicina del sonno dell'ospedale Molinette della Città della Salute e ricercatori dell'università del capoluogo piemontese. Il lavoro, pubblicato su *Acta Neuropathologica Communications*, ha esaminato l'effetto di un sonno disturbato in topi geneticamente predisposti al deposito di una proteina, beta-amiloide, accumulo che compromette irreversibilmente le funzioni cognitive dell'animale, anche se giovane.

La ricerca indica che la sola frammentazione del sonno per un periodo di un mese nei topi (corrispondente a circa tre anni di vita dell'uomo), ottenuta inducendo brevi risvegli, compromette il funzionamento del sistema glinfatico, quello di pulizia dei detriti cellulari del cervello, facendo aumentare il deposito della proteina in questione. È noto che il riposo notturno nei pazienti con Alzheimer sia disturbato fino a una vera e propria inversione del ritmo sonno-veglia, ma è stato anche osservato che i disturbi stessi del sonno possono influenzare negativamente il decorso. In chi ha sonno disturbato, sia in quantità sia in qualità, si riscontra un aumento del deposito cerebrale della beta-amiloide implicata nella genesi dell'Alzheimer. Lo studio ha dimostrato che l'aumento dipende da una ridotta eliminazione da parte del sistema glinfatico, molto attivo proprio durante il sonno profondo.

Nuovi dati sull'Alzheimer arrivano anche da un'altra ricerca sui topi, che indica una via alternativa per preveni-

re la neurodegenerazione in questa e in altre patologie legate all'accumulo di proteina tau nel cervello (taupatie). La nuova strada, frutto di una ricerca della Washington University School of Medicine a St. Louis e descritta su *Nature*, consiste nel bloccare l'ingresso o l'attivazione delle cellule T, i killer del sistema immunitario che rispondono alla chiamata delle cellule della microglia (difendono il sistema nervoso) e che sono tra i maggiori responsabili dei danni neurologici. Questo risultato potrebbe aprire la strada alla sperimentazione di farmaci già disponibili e usati per altre malattie, come la sclerosi multipla. Lo studio dimostra infatti che nei topi con accumuli di proteina tau nel cervello sono presenti molte più cellule T della norma, che si concentrano dove è maggiore la presenza di microglia e di neurodegenerazione.

Una terza ricerca svela il meccanismo-chiave per attivare e disattivare la microglia, scoperta che getta le basi per nuovi trattamenti contro il dolore da chemioterapia, ma potrebbe aprire la strada anche a cure per ridurre l'infiammazione in patologie come Parkinson e Alzheimer. Pubblicata su *Cell Reports*, è stata realizzata dall'Istituto italiano di tecnologia (Iit) con l'Università Sapienza di Roma e l'americana Columbia University.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

SUL CAMPO Il «Lamb» di Milano

Patologie motorie, telecamere e sonde per i passi dei bimbi

LAURA BADARACCHI

Quella fra l'Università degli Studi di Milano e la Fondazione Mariani, ente milanese da oltre trent'anni dedito alla neurologia infantile, è una collaborazione appena rinnovata che rende operativo il Lamb, il Laboratorio per l'analisi del movimento nel bambino "Pierfranco e Luisa Mariani". Aperto dal 2005, «è uno dei pochi in Italia a promuovere e potenziare la ricerca sulle patologie motorie dell'infanzia di origine neurologica: studiamo nuovi aspetti fisiopatologici dei disturbi del movimento per migliorare la valutazione clinica e fornire dati preziosi nell'attività riabilitativa dei bambini con varie patologie del sistema nervoso», spiega Paolo Cavallari, docente di Fisiologia umana all'Università di Milano e direttore del Lamb. Grazie alla Fondazione Mariani, che ha finora erogato

855mila euro, il Laboratorio «è attrezzato con tecnologie avanzate, considerate oggi il *gold standard* per l'analisi del cammino: monitoriamo e documentiamo i

meccanismi neurofisiologici alla base dell'attività locomotoria, sia in bambini sani come soggetti di controllo sia in pazienti fra i 10 e i 16 anni». La

tecnologia include telecamere digitali integrate con sonde elettromiografiche applicate sui muscoli che trasmettono via wi-fi il segnale e pedane stabilometriche, con sensori che misurano forza e lunghezza nel passo. Lo studio è realizzato col Centro Fondazione Mariani per le disabilità complesse presso il Dipartimento

di Neuroscienze pediatriche dell'Istituto neurologico Besta di Milano, che si occupa di analisi clinica e selezione del campione dei pazienti. Finora il team del Lamb ha studiato oltre 100 casi di bambini da tutta Italia con diverse patologie neurologiche di origine centrale o neuromuscolare, alcune molto rare: sindrome di Rett, atassie pediatriche degenerative e non, distrofia di Duchenne, malattia di Charcot-Marie-Tooth, paraparesi spastiche e paralisi cerebrali. I risultati delle ricerche su caratteristiche posturali e *pattern* deambulatorio di bambini sani e portatori di disturbi neurologici, in cerca di segni distintivi delle patologie per indirizzare i clinici verso una diagnosi accurata e un trattamento riabilitativo appropriato di cui molte malattie neurologiche mancano, sono stati già presentati in congressi e pubblicazioni. «È anche possibile valutare l'efficacia di interventi riabilitativi "sartoriali", modellati su ciascun paziente - sottolinea Cavallari - e di ausili scelti per il recupero delle alterazioni motorie».



Ricerca clinica al Lamb



LA RICERCA

CELIACHIA UN MALE DI FAMIGLIA LA PREVENZIONE INIZIA IN GRAVIDANZA

Il progetto Neocel della Federico II di Napoli coinvolge i consanguinei dei pazienti seguiti
Il professor Troncone: «Casi in aumento»

MARIA PIRRO

A

Andrea D. P. a cinque anni piangeva: aveva la pancia gonfia e una stipsi ostinata. Per questo motivo, la mamma lo aveva portato, su indicazione del pediatra, nell'ambulatorio che cura la celiachia al Policlinico della Federico II di Napoli, e, un attimo dopo, aveva eliminato pizza, pane e pasta dalla credenza di casa. Sua zia aveva già sofferto di un'anemia dovuta al malassorbimento del ferro e, da ragazza, aveva subito diversi aborti spontanei prima di individuare l'origine di tutti i mali nell'intolleranza al glutine. Sua nonna, invece, aveva scoperto in tarda età di soffrirne: solo quando si era fratturata il femore, non dopo una rovinosa caduta, ma per l'osteoporosi grave causata dalla stessa malattia, la celiachia, che ha colpito anche altri due nipotini, in questi ultimi casi, però, senza conseguenze sulla salute. Per uno, lo screening è stato predisposto a 24

mesi, in anticipo sui sintomi; per l'altro, il più piccolo, sin dalla nascita, grazie al progetto "Neocel", che coinvolge i consanguinei dei pazienti seguiti

nel centro universitario. La ragione è chiara: fattori genetici determinano un rischio maggiore di sviluppare la malattia rivelatasi sistemica, che può cioè attaccare qualsiasi organo o apparato, rallentando la crescita. Ma, a incidere, è pure l'alimentazione nei primi anni di vita.

La prevenzione, dunque, è fondamentale. Meglio se comincia in gravidanza, prosegue con l'allattamento e, sin dall'infanzia, passa attraverso una dieta attenta. Vuol dire, ad esempio, che con il semolino e i biscotti non bisogna esagerare perché possono scatenare la reazione immunologica. «E, ancora prima dello svezzamento, il bimbo

a rischio mostra segni di infiammazione che potrebbero essere dovuti anche a quel che ha mangiato la mamma nei mesi precedenti al parto e che dimostrano l'importanza di approfondire questi e altri aspetti tramite test specifici, in modo da prevedere contromisure persino in utero», dice Renata Auricchio, professore associato di Pediatria alla Federico II, che riassume i risultati dell'ultima ricerca scientifica pubblicata su *Front Immunol.*

La celiachia è infatti «questione di famiglia»: ne soffre una persona su 5-10 tra i parenti di primo grado, e una su 70 in Italia, ovvero l'1 per cento della popolazione, stando ai risultati del rapporto annuale presentato in Parlamento. Ma, nella realtà, gli intolleranti al glutine sono di più: per ogni diagnosi, cinque non vengono intercettate, anche se il protocollo per il monitoraggio oggi è meno invasivo e più rapido. «Non si pratica quasi mai la biopsia intestinale, si valutano i dosaggi degli anticorpi anti-transglutaminasi tramite un semplice prelievo di sangue», spiega Riccardo Troncone, già presidente della Società internazionale per lo studio della malattia celiaca, che certifica un aumento considerevole di casi. «Riconducibili appunto a fattori come l'alimentazione non equilibrata e le infezioni virali contratte presto. In particolare, la dieta occidentale, quella povera di sostanze che fanno bene come frutta, verdure, legumi, sembra favorire gli effetti collaterali», rimarca.

Il professore universitario con Auricchio segue tremila

IL RAPPORTO



Il Messaggero

bambini alla Federico II. «Tra loro, 200 bimbi sono stati coinvolti nel progetto "Neocel" che ha consentito di rilevare un marcatore specifico per questa patologia», aggiunge. E altri lavori scientifici sono in corso negli Stati Uniti (coordinati da Alessio Fasano) e in Svezia (con lo studio Teddy guidato da Daniel Agardh, incentrato sul pericolo di diabete tipo 1, frequente-

mente associato alla celiachia). Insomma, la cura deve iniziare a tavola, il prima possibile: è l'unico rimedio al momento efficace.

LA CURA
DEVE
COMINCIARE
IL PRIMA
POSSIBILE
CON LA DIETA



Riccardo Troncone,
già presidente
della Società
internazionale
per lo studio
della malattia
celiaca



Le terapie intelligenti contro la leucemia

di ERICA MANNA

Terapie mirate e intelligenti: le cosiddette *target-therapies*, che nei casi di leucemia acuta promielocitica hanno cambiato la storia della malattia, da quando si è scoperto che un nuovo farmaco – bloccando un gene ibrido – determinava remissioni durature. O la rivoluzionaria *Car-T*, applicata per curare la leucemia linfoblastica acuta, ricaduta o refrattaria. E ancora, i progressi per il mieloma multiplo, attraverso farmaci moderni che agiscono sui meccanismi che fanno proliferare le cellule mielomatose e permettono di ottenere anche la remissione completa della malattia, se si interviene per tempo. La lotta ai tumori del sangue compie passi da gigante: in particolare, è sul fronte della cura delle leucemie che terapie sempre meno invasive segnano una rivoluzione nell'approccio terapeutico. Sono i risultati emersi al post-New Orleans 2022, le novità dal Meeting della Società Americana di Ematologia esposti a Milano che ha visto confrontarsi oltre seicento ematologi da tutta Italia. A coordinare l'evento, il professor Angelo Michele Carella (già direttore di Ematologia al Policlinico San Martino di Genova, attualmente consulente ematologo anche a Milano e Roma) insieme a Pier Luigi Zinzani, ordinario di Ematologia all'Istituto Lorenzo ed Ariosto Seragnoli, Università degli Studi di Bologna. Carella è l'esponente di quella scuola di eccellenza a livello mondiale nel campo dell'Ematologia che fa capo al professor Alberto Marmont: figura che l'Ordine dei Medici di Genova e della Liguria ricorderà il 6 maggio – con l'intervento di Carella – nella prima giornata di una serie di celebrazioni dei maestri della medicina ligure, ideata dal presidente Alessandro Bonsignore e da Carlo

Mantuano, coordinatore della commissione culturale dell'Ordine.

Carella spiega come la biologia e la clinica delle neoplasie ematologiche stiano evolvendo a grande velocità: in direzione di una medicina di precisione, in molti casi sempre più chemio-free. Basata su farmaci intelligenti per colpire solo le cellule malate riducendo drasticamente la tossicità. Una su tutte è la cosiddetta terapia Car-T. «Consiste nel prelevare i linfociti del paziente e armarli in laboratorio – spiega Carella – in modo che possano colpire un bersaglio presente sulle cellule leucemiche ma anche linfomatose o mielomatose, e reinfonderle nei pazienti. Con la speranza che queste cellule siano in grado non solo di individuare, ma anche uccidere le cellule leucemiche».

Il focus di questa edizione del meeting, continua Carella, è stato sui progressi enormi per la cura di leucemie acute. «Anche per il mieloma multiplo sono emersi importanti sviluppi terapeutici: farmaci moderni che agiscono sui meccanismi che fanno proliferare le cellule mielomatose». Quanto al linfoma di Hodgkin, sono stati messi a punto protocolli che utilizzano farmaci selettivi che portano a percentuali elevatissime di remissioni complete, e oggi sono impiegati farmaci nuovi efficaci anche per i casi di recidive. «Per quanto riguarda i non Hodgkin – continua Carella – per quelli a grandi cellule B sono stati registrati importanti progressi con due farmaci nuovi». E le conoscenze biologiche e terapeutiche hanno condotto a risultati anche per le mielodisplasie, permettendo in alcuni casi di controllare la malattia.

La lotta ai tumori del sangue compie passi da gigante, tra le eccellenze la scuola di ematologia genovese



Il test Hiv da mettere in agenda

Basterebbe un esame del sangue periodico per individuare se si è positivi. In quel caso la terapia arriva ad annullare la carica virale e di conseguenza elimina anche il rischio di trasmissione

di MARA MAGISTRONI



Milano, Brescia, Bergamo, Legnano. La Lombardia è la regione con il più alto numero di città che si sono impegnate nella lotta all'Hiv secondo gli obiettivi dell'Agenda 2030 per lo sviluppo sostenibile delle Nazioni Unite. Come? Migliorando la diagnosi, l'accesso e la continuità delle cure, la qualità di vita. 95-95-95 è la ricetta di Unaid, il programma delle Nazioni Unite per l'Hiv e l'Aids: rendere il 95% delle persone Hiv+ consapevoli di aver contratto l'infezione, fornire al 95% di queste la terapia a vita, e garantire al 95% di queste l'azzeramento della carica virale. «In Italia siamo molto efficienti nel fornire le terapie in modo continuativo alle persone con Hiv, a curarle, garantendo un'ottima qualità di vita», afferma Andrea Gori, direttore dell'Unità di Malattie Infettive dell'Ospedale Luigi Sacco di Milano. «La rete infettivologica lombarda, in particolare, è tra le migliori al mondo, con tassi di negativizzazione attorno al 98%. Dobbiamo però

migliorare sulla diagnosi precoce, fondamentale per interrompere la catena di trasmissione».

Ancora nel 2021 circa il 60% delle nuove diagnosi è stata tardiva, a distanza di anni dall'infezione, quando cominciano a manifestarsi i sintomi dell'immunodeficienza. «Da quando si contrae il virus alle prime manifestazioni dei sintomi possono passare anche 10 anni», spiega Gori. «Anni in cui la persona infetta può inconsapevolmente trasmettere l'Hiv e compromette la propria salute».

Per raggiungere gli obiettivi basterebbe che ogni persona sessualmente attiva facesse periodicamente un test del sangue. Se positivo, in poche settimane si inizia la terapia fino ad annullare la carica virale. A quel punto non si trasmette più il virus e si interrompe la progressione dell'infezione, con prospettive di qualità e durata della vita simili ai sani. Proprio al riguardo della carica virale «si dice "Undetectable=Untransmittable", cioè "Non rilevabi-

le=Non trasmissibile" - sottolinea Gori - . Un'evidenza scientifica fortissima che restituisce alle persone che si sono infettate la serenità di vivere ogni aspetto della propria vita e aiuta a combattere lo stigma».

In Italia il test si può fare in qualsiasi centro di analisi cliniche o nei reparti di malattie infettive degli ospedali, privatamente o pagando il ticket se muniti della prescrizione del medico di medicina generale. «A Milano, e più in generale in Italia, è possibile fare i test rapidi in forma anonima e gratuita quasi esclusivamente presso le associazioni impegnate nelle tematiche Hiv e infezioni sessualmente trasmissibili (Ist)», precisa Lella Cosmaro di Fondazione Lila Milano. «In città, il Milano Checkpoint è un altro riferimento importante, che offre in forma anonima e gratuita i test per l'Hiv e altre Ist e anche la Profilassi pre-Esposizione (Prep)».

Rimangono, tuttavia, ancora delle barriere all'effettuazione dei test. «I pochi centri che garantiscono l'anonimato, il costo. Anche gli orari di accesso ai servizi pubblici sono



una barriera per chi lavora o frequenta la scuola», continua Cosmaro. A sopperire, in parte, la disponibilità in farmacia degli auto-test da fare a casa, seguendo le istruzioni del bugiardino. «Per far emergere il sommerso e migliorare la qualità di vita delle persone con Hiv bisognerebbe fare campagne informative per normalizzare l'accesso al test, che non dovrebbe essere considerato un evento drammatico ma un

normale controllo periodico», conclude Cosmaro. «Inoltre, è fondamentale dare informazioni corrette sui rischi e contrastare lo stigma e la discriminazione che ancora oggi colpiscono le persone con Hiv. Lo sforzo per diffondere l'evidenza scientifica "Undetectable=Untransmittable" a tutta la popolazione dovrebbe essere fatto anche da parte delle nostre istituzioni».

EPATITE

1%

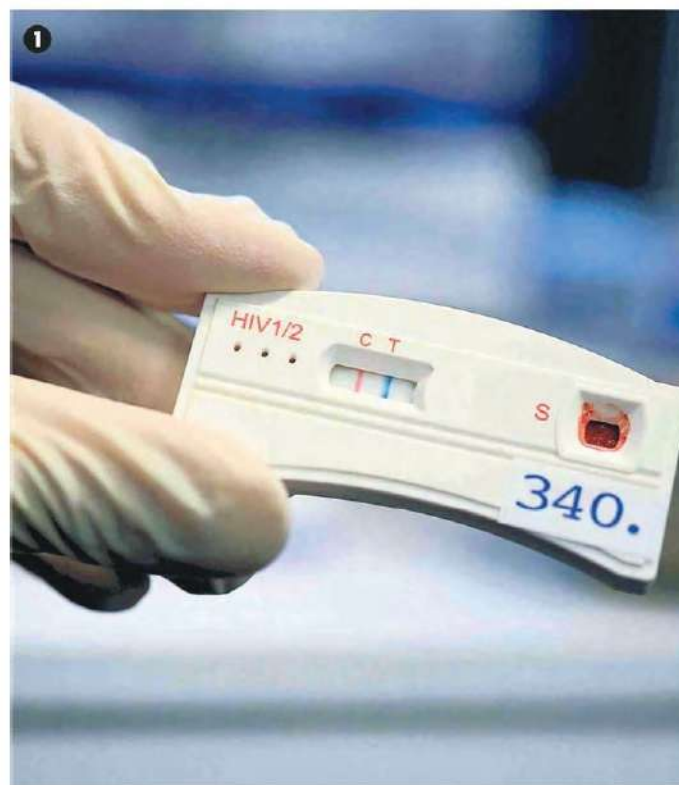
HCV, un altro virus da stanare
Un altro obiettivo di salute pubblica per il 2030 è l'eliminazione dell'Hcv, il virus dell'epatite C. Un test del sangue può rilevarlo e le terapie antivirali non solo consentono di interrompere la trasmissione, ma di guarire. Per aumentare le diagnosi precoci, il Ministero della Salute ha promosso una campagna di screening per tutte le persone nate tra il 1969 e il 1989, a cui la Lombardia ha aderito. Solo tra giugno e agosto 2022 sono stati effettuati nella regione oltre 43mila test, di cui circa l'1% risultato positivo.

**Andrea Gori
(Ospedale Sacco)**
“La rete funziona ma dobbiamo migliorare sulla diagnosi precoce”



1
Il test
È un semplice esame del sangue

2
Andrea Gori
Primario del Sacco



Un cerotto ripara i cuori È nato all'Università

Tra i progetti innovativi
cresciuti in 2i3T anche
cure contro il diabete
e la realtà aumentata
applicata alla chirurgia

di CRISTINA PALAZZO



Riparare il cuore con un cerotto si può, grazie a scienza e tecnologia. È il progetto Impavid: una patch bio-artificiale che si mimetizza e rilascia farmaci, da applicare al cuore nel corso di un intervento di bypass dopo un infarto. Il progetto si è aggiudicato il premio speciale UniCredit Start Lab nella Start Cup Piemonte e Valle d'Aosta.

«Una tecnologia dirompente, non semplice terapia ma cura risolutiva», racconta Roberto Vanni, dottorando di 26 anni e ceo di Impavid, realtà supportata dall'incubatore dell'Università di Torino 2i3T. È tra gli esempi di come l'innovazione sia sempre più alleata con la medicina e la salute, come dimostra la vocazione nel settore "Scienze della salute" in cui opera il 35 per cento delle startup finora avviate proprio in casa di 2i3T.

Il cerotto permette di riparare il danno infrastrutturale, protegge il cuore dalle conseguenze della ri-perfusione o anche dalla fibrosi, e rigenera il tessuto cardiaco; mentre il cuore, grazie al materiale cardioinduttivo, assorbe lentamente il patch formato da una microstruttura che imita l'architettura cardiaca e stimola la crescita cellulare. Oggi il dispositivo è stato provato su maiali e ratti «ma stiamo pianificando la futura applicazione sull'uomo: prevediamo ci vorranno tra i due e i tre anni».

Impavid prende vita da un gruppo di ricerca universitario nato tra gli atenei di Pisa e Torino. Insieme con Roberto Vanni ci sono Claudia Giachino, Raffaella Rastaldo, Caterina Cristallini e Nicoletta Barbani. Una squadra consolidata nell'ingegneria cardiaca con un potenziale imprenditoriale «che ci dà la possibilità di costituirci futura startup innovativa, come spin-off universitario, per creare il patch con materiali e farmaci

specifici e declinarlo all'esigenza del paziente per una medicina personalizzata».

L'importanza della scienza, oltre che nella cura, sta nell'aiutare e anche in questo caso la tecnologia resta tra gli alleati principali. Come fa Dally, sempre di casa in 2i3T che vanta nel suo roster startup destinatarie di finanziamenti milionari. Dally supporta pazienti e medici in gestione, educazione e monitoraggio del diabete con diari, supporti al calcolo del bolo di insulina e percorsi personalizzati. Tra chi vuole anticipare il futuro c'è anche Intravides, che sviluppa software avanzati per la chirurgia da applicare sui visori di realtà aumentata. O anche Fidelity Med, la startup innovativa costituita nel 2022 che guarda soprattutto alle donne - ma non solo - e al problema della carenza di ferro. «Una persona su quattro, in fila in farmacia o in attesa dal medico, tra donne tra i 30 e i 45 anni, bambini e anziani, rischia la carenza di ferro. Il nostro obiettivo è offrire uno strumento per anticipare la diagnosi perché la soluzione c'è», spiega la co-founder Simona Roggero.

Tutto ciò è possibile grazie a una soluzione diagnostica digitale per la diagnosi e il monitoraggio della carenza di ferro. Quindi c'è il test in ambulatorio e in farmacia che si allea con una piattaforma di digital health: «Sarà il primo test multimarkers per carenza di ferro disponibile fuori dai laboratori di analisi e sarà implementato da un servizio digitale di assistenza a misura di utente».

L'idea è nata grazie a un team multidisciplinare «con esperienza scientifica e imprenditoriale che si sta ingrandendo grazie a partner strategici, a chi ha creduto nel progetto e ci ha investito».



Quanti affari sugli ospedali

Il modello lombardo, che da anni ha aperto la strada ai privati che offrono in convenzione le stesse prestazioni del pubblico, porta a evidenti squilibri. I grandi gruppi prosperano su terapie riabilitative e prestazioni ambulatoriali mentre lasciano i ricoveri



La sanità lombarda ha delegato ai privati oltre il 30 per cento dei ricoveri ospedalieri per acuti e oltre il 70 per cento delle cure riabilitative. Privati che agiscono in un regime di accreditamento, cioè con rimborso dal fondo sanitario regionale quando lavorano per curare pazienti

che vengono inviati dal sistema pubblico. E che gestiscono ben oltre il 60 per cento delle prestazioni ambulatoriali, con relative remunerazioni.

I numeri sono da capogiro: quasi 100 mila visite specialistiche all'anno per un controvalore di 1,7 miliardi, sui 2,9 totali spesi da Regione Lombardia all'anno per pagare le strutture private che svolgono questa determinata attività accogliendo i pazienti nello stesso regime in cui verrebbero accolti negli ospedali e ambulatori pubblici. In Lombardia, pagando il ticket, si possono avere le stesse prestazioni sia nel pubblico sia nel privato, la differenza di costo viene pagata dalla Regione. Il budget del fondo sanitario regionale nel 2022 è stato di oltre 20 miliardi. Di cui 9 per spese ospedaliere, divisi fra pubblico e privato in questa proporzione: per i ricoveri (dove prevalgono le Asst e Irccs pubblici) 1,6 miliardi al privato, e 3,3 al pubblico; per l'ambulatoriale

1,3 al pubblico e quasi un miliardo al privato (che, come detto, gestisce circa il 60 per cento delle attività).

La Lombardia, comunque, non si discosta molto da quel che avviene nel resto del nord Italia dove in media il 34 per cento della spesa sanitaria pubblica va per l'area cosiddetta "convenzionata", ovvero per erogazioni effettuate da strutture private accreditate e professionisti convenzionati. Il numero di ospedali pubblici è poco superiore alla metà (54 per cento), ma gli Irccs – cioè gli "Istituti di ricerca altamente specialistici" collegati alle università, quindi d'eccellenza – sono al 78 per cento privati. In compenso oltre nove case di riposo su dieci sono private così come i tre quarti degli ambulatori specialistici. Gli ambulatori sono 600, di cui 448 (il 75 per cento) privati e il resto pubblici (152).



REPUBBLICA SALUTE

Il tema è oggetto di dibattito politico ma, al momento, quella di chiedere "aiuto" ai privati è l'unica ricetta di molte regioni - la Lombardia in testa - per far fronte a una domanda crescente di cure e di esami diagnostici, di screening e interventi. Fondi e finanziamenti vanno ai privati anche per aumentare le prestazioni per recuperare il pregresso accumulato durante la pandemia. E non sono poche le osservazioni critiche delle opposizioni, dei sindacati di categoria, delle associazioni dei consumatori e dei malati, come il coordinamento Medicina democratica, che chiedono di investire di più sul pubblico, invece di dirottare fondi sul privato che «sceglie di fare solo le prestazioni più remunerative, lasciando al pubblico quelle più onerose e di lungo periodo». Anche i cittadini, di fronte alle liste d'attesa sterminate nel pubblico, si orientano sempre più verso i privati, che garantiscono tempi rapidi e buona qualità, a chi può permetterselo, anche grazie a assicurazioni e fondi privati. Secondo l'ultimo rapporto Crea (Centro per la Ricerca Economica Applicata in Sanità, consorzio promosso dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e dalla Federazione Italiana Medici di Medicina Generale (Fimmg) a livello regionale i valori massimi di spesa pro-capite per pagare cure private si rilevano proprio in Lombardia 828 euro), con all'estremo opposto la Sardegna, dove il cittadino mediamente spende all'anno (443 euro).

Nel complesso la spesa per le cure presso i privati nel 2021 è cresciuta quasi del 9 per cento rispetto

all'anno precedente, forse per la ripresa delle visite specialistiche, che avevano subito una notevole battuta di arresto durante la pandemia. E la Lombardia, dopo il Trentino Alto Adige, è la regione con la quota maggiore di polizze collettive (quasi il 15 per cento del totale spesa sanitaria privata).

I grandi gruppi privati costruiscono e gestiscono enormi e modernissimi ospedali, molto competitivi rispetto a quelli pubblici, che in molti casi avrebbero per lo meno bisogno di un restyling. Su oltre 33 mila posti letto nelle strutture sanitarie della Lombardia sono oltre 25 mila quelli negli ospedali pubblici e circa ottomila quelli nel privato. Una proporzione che si inverte nella riabilitazione: su meno di 7 mila posti, sono quasi 5 mila (71%) quelli nelle strutture private, il resto nel pubblico. E se i posti letto per pazienti nella fase acuta della malattia sono nel 75 per cento dei casi in strutture pubbliche, la proporzione si inverte nel caso della costosa e lunga riabilitazione.

di ZITA DAZZI

**In regione
nel 2021 si sono
spesi 828 euro
pro capite per
la sanità privata
Si tratta
del record
nazionale**

CHI FA COSA

1,6

miliardi

È la somma che lo scorso anno è andata dalla Regione agli operatori della sanità privata per quello che riguarda i ricoveri, mentre al settore pubblico - che fa quasi il 70% dei ricoveri - sono andati 3,3 miliardi

1

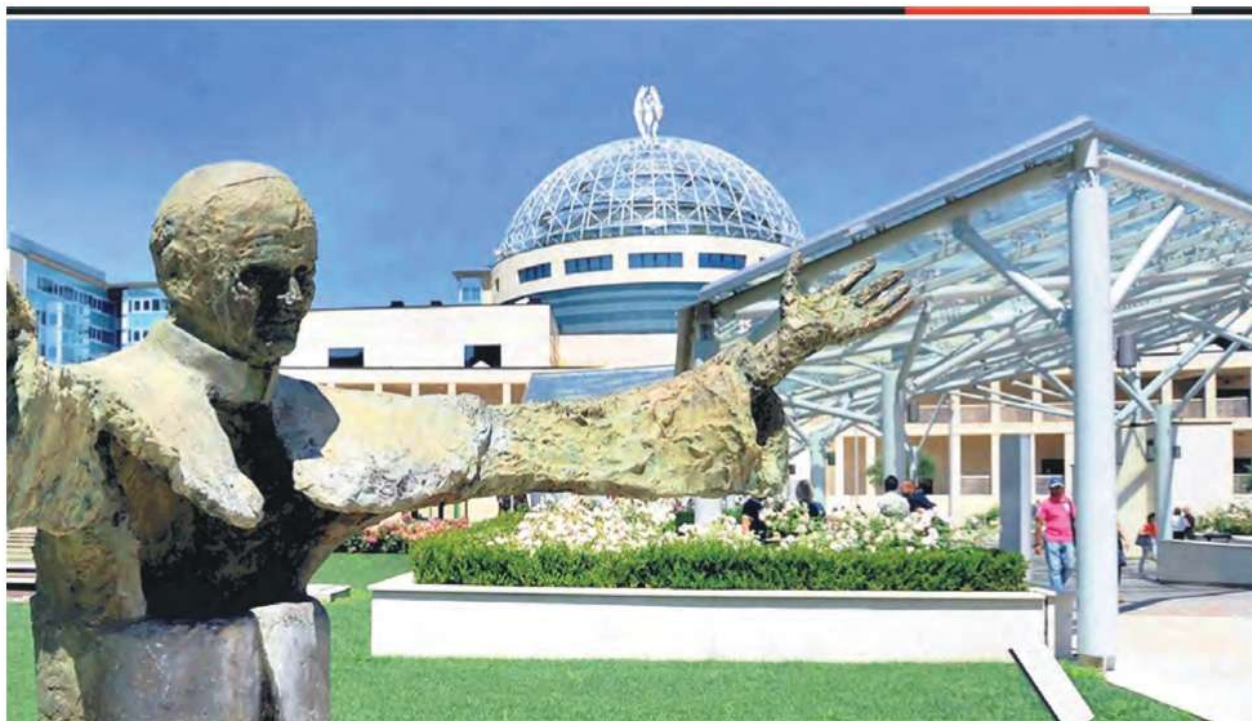
miliardo

Per le prestazioni ambulatoriali effettuate dal settore privato, che offre circa il 40% delle visite totali. Al pubblico, che ha una quota superiore, lo scorso anno è invece andato un trasferimento di oltre 1,3 miliardi

78%

Gli Irccs

La grande maggioranza degli Irccs. Istituti di ricerca altamente specialistici, collegati alle università, sono di privati. Anche gli ambulatori sono al 75% privati



Se la Sanità è il primo malato

Uscire dal commissariamento è stato un gran risultato, ma continuano a mancare medici, infermieri e pediatri, le ambulanze scarseggiano e nei pronto soccorso i pazienti sono costretti anche a giorni d'attesa su una barella

di CLEMENTE PISTILLI



Con una spesa che ammonta a 12,878 miliardi di euro, il 77,31% degli impegni totali del bilancio regionale, e pagamenti che incidono per il 79,19% su quelli totali, la sanità continua ad essere il grande malato del Lazio. Uscire dal

commissariamento ha rappresentato un grande risultato, sono riprese le assunzioni, ma continuano a mancare medici e infermieri, scarseggiano le ambulanze, nei pronto soccorso i pazienti sono ancora costretti anche giorni su una barella prima di poter accedere a un reparto, i posti letto sono pochi e le strutture vecchie, senza contare i mille guasti dei servizi territoriali e la carenza di medici di famiglia e pediatri. La prima richiesta che fanno i cittadini del Lazio è quella di un sistema sanitario migliore, le promesse da parte della politica non mancano, ma il quadro è da tempo estremamente difficile.

Negli ultimi anni sono stati investiti 949 milioni di euro per realizzare nuovi ospedali e ampliare quelli esistenti, è stata prevista una spesa di 2,8 miliardi di euro per l'ammodernamento, la messa in sicurezza e l'acquisto di nuove tecnologie, e con il Pnrr, per

quanto riguarda il parco tecnologico e digitale ospedaliero arriveranno altri 347 milioni di euro. Superato il blocco del turn over sono poi già stati assunti, nell'arco di quattro anni, 5.500 sanitari. Ancora troppo poco per poter rispondere in maniera rapida, efficace e umana ai bisogni dei residenti nel Lazio. Una fotografia dello stato della sanità arriva guardando al Forlanini, un fiore all'occhiello della sanità regionale, chiuso nel 2015, su cui molte sono state le rassicurazioni per la riapertura, ma che da tempo è finito a ospitare un gattile.

Il personale scarseggia. Nel Lazio, come specifica l'Istat, ci sono 21.817 medici specialisti, 1.855 pediatri e 5.056 medici generici. Guardando, ad esempio, agli anestesisti ecco che ne risultano soltanto 1.274, appena 2,2 ogni 10mila abitanti,



REPUBBLICA SALUTE

e i medici di famiglia sono 4.350, 7,5 ogni 10mila abitanti. Una situazione destinata a peggiorare, considerando che dei medici di medicina generale in servizio tremila sono ultrasessantenni. Per la Fp Cgil, a causa del mancato turn over, negli ultimi 20 anni si sono perse oltre 5.500 unità nel comparto e sono diminuiti del 12% i medici. Secondo il sindacato è necessario così assumere almeno 10mila unità. E non va meglio con gli infermieri. Il presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Roma, Maurizio Zega, di recente ha specificato che ne mancano settemila.

Diminuiti inoltre, anche a causa della carenza di personale, i posti letto. Ne sarebbero stati persi tremila in dieci anni e non è stata raggiunta la soglia minima di tre posti ogni mille abitanti. E le strutture? Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2011 il Lazio aveva complessivamente 72 strutture di ricovero pubbliche, scese a 56 nel 2017. Ancora pesa la chiusura, a Roma, oltre che del Forlanini, del Santa Maria della Pietà e del San Giacomo, che alla luce della sentenza di Cassazione dovrebbe però riaprire i battenti. A crescere intanto è stata la sanità privata. Su 3,8 miliardi destinati nel 2021 a operatori privati (il 22 per cento in più rispetto al 2012), quasi 1,6 sono stati assorbiti dai servizi ospedalieri presso strutture private accreditate. Senza contare che il Lazio ha il primato nazionale della percentuale di posti letto (51%) e di ricoveri (54%) nelle strutture private accreditate

e il secondo posto per la spesa sanitaria privata pro-capite dei cittadini. Denaro che non risolve l'incubo di chi ha bisogno di un'ambulanza e attende a volte ore, essendo i mezzi bloccati nel pronto soccorso, e di chi su una barella, a volte in un corridoio, incrocia le dita affinché non debba restare lì giorni prima di poter avere un posto letto in un reparto. Una piaga ormai nota come boarding, ovvero parcheggio. Nonostante l'uscita dal commissariamento, anche sui conti la situazione resta infine critica. Il perimetro sanitario non risulta in pareggio per 159 milioni di euro e i magistrati contabili hanno ipotizzato il pareggio in undici anni. «I risultati ottenuti sono lusinghieri anche se rimane un tratto di strada da compiere per garantire servizi efficienti e costi sostenibili», ha dichiarato, in occasione della parificazione sul rendiconto generale della Regione, il procuratore regionale della Corte dei Conti del Lazio, Pio Silvestri.

**Negli ultimi
anni investiti
949mln
e la spesa
prevista per
modernizzare
le strutture è
di 2,8 miliardi**

70%

Bilancio

La percentuale delle spese regionali destinate alla sanità, primo capitolo di spesa per il governatore, ben 11,8 miliardi nel 2021

5mila

Precari

Personale in attesa di stabilizzazione, determinante negli ospedali del Lazio, anche se la Fp Cgil sostiene che servirebbe almeno il doppio delle assunzioni

3,8

Miliardi

Il denaro che nel 2021 è stato destinato dalla Regione agli imprenditori della sanità privata, il 22% in più nell'arco di un decennio

240

Milioni

I fondi destinati all'Umberto I per ammodernare e rendere più efficiente una delle principali strutture sanitarie della capitale

