



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

10 Maggio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



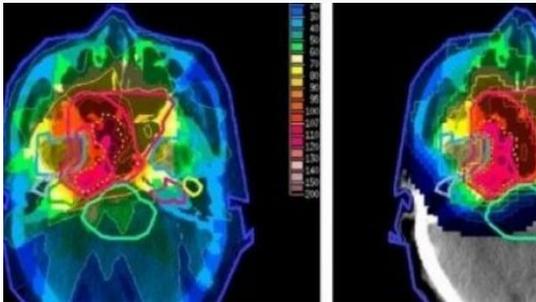
Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Terapia protonica contro il cancro disponibile a Singapore

10 Maggio 2023



Dopo un ritardo di due anni a causa della pandemia del Covid-19, è ora disponibile a Singapore la terapia protonica per pazienti che manifestano tumori in aree sensibili come la testa o il collo. La terapia protonica non comporta risultati migliori nell'uccidere le cellule tumorali o ridurre i tumori rispetto alla radioterapia convenzionale, tuttavia provoca danni molto minori ai tessuti e agli organi sani circostanti. Inoltre l'uso di questa terapia innovativa, dovrebbe ridurre gli effetti collaterali e la crescita e i problemi di sviluppo nei bambini e nei giovani adulti. Per il momento il costo del trattamento è alto: circa \$ 60.000 a \$ 70.000 a Mount Elizabeth Novena Hospital (MENH). Ma il dottor Lee ha affermato: "La riduzione degli effetti collaterali può tradursi in risparmi sui costi nella gestione degli effetti collaterali delle radiazioni". Visti i costi elevati, il Ministero della Salute ha limitato i tipi di cancro che il raggio di protoni può curare. Oltre ai tumori della testa e del collo, il raggio di protoni può essere utilizzato anche per trattare il cancro alla prostata. Nei pazienti di età inferiore ai 25 anni, può essere utilizzato anche per i tumori spinali e pelvici. (ANSA)



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Policlinico Giaccone, ecco il nuovo commissario straordinario

Maurizio Montalbano, nominato dall'Assessore regionale della salute Giovanna Volo. Per lui si tratta di un ritorno.

Si è insediato questa mattina il nuovo commissario del Policlinico, il Dottore Maurizio Montalbano, nominato dall'Assessore regionale della salute Giovanna Volo. Quello di Montalbano, medico psichiatra, è un ritorno nell'Azienda ospedaliera dove ha ricoperto il ruolo di direttore sanitario dal 2017 al 2019.

Il percorso professionale del neocommissario è caratterizzato da una grande esperienza: direttore del Dipartimento "Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza" dell'ASP di Palermo, dove è stato anche direttore sanitario, giudice onorario aggregato presso la Corte di Appello di Palermo per nove anni.

“È una grande emozione poter tornare al Policlinico – afferma Montalbano – dove ritrovo tanti affetti e professionisti di valore con cui ho lavorato nei due anni trascorsi alla guida della direzione sanitaria. Svolgerò il mio incarico con l'obiettivo di potenziare e far crescere l'Azienda universitaria per renderla sempre più protagonista nel contesto sanitario regionale certo di una piena sintonia con il Governo regionale, con il Rettore dell'Università di Palermo Massimo Midiri, e con il Presidente della Scuola di Medicina Marcello Ciaccio. Rivolgo i miei più cordiali saluti a tutti gli accademici e ai professionisti dell'Azienda ospedaliera universitaria e alle organizzazioni sindacali”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Il nuovo Commissario ha già fatto le prime riunioni operative: ha incontrato il Dipartimento amministrativo, la Direzione sanitaria di presidio, e ha visitato il nuovo pronto soccorso. Ha preso il posto di Salvatore Iacolino, che ha lasciato l'incarico dopo la nomina a dirigente generale della Pianificazione strategica

IL RAPPORTO AGENAS Il progetto Vale 7 miliardi

Sanità territoriale: i soldi ci sono, però la riforma è un flop

Lentezza Operativa solo
1 casa di comunità su 10,
il 7% degli ospedali. In 15
regioni zero interventi

» **Nataascia Ronchetti**

Dovrebbe rivoluzionare l'assetto e l'organizzazione della sempre più fragile e disastrosa medicina territoriale, tra case della comunità (che sono una evoluzione delle case della salute), gli ospedali di comunità (strutture intermedie tra il domicilio e il ricovero ospedaliero), telemedicina e assistenza domiciliare. Ma la riforma, prevista dal decreto ministeriale 77 del 2022, è ancora quasi al palo. Solo in sei regioni - Emilia-Romagna, Lombardia, Molise, Piemonte, Umbria e Toscana - sono già state rese operative alcune case di comunità, peraltro in un numero ancora ben lontano dagli obiettivi: sono complessivamente 133, nemmeno un terzo delle 484 che dovrebbero essere aperte. Nelle altre regioni, e nelle province di Bolzano e di Trento, è tutto fermo, non ne è stata realizzata nemmeno una. Significa che delle 1.525 strutture previste sul territorio nazionale neanche il 9% è già operativo. E lo stesso forte ritardo si rileva per gli ospedali di comunità. Ne mancano all'appello 468 su 524, ne sono già attivi solo 56, tra Ca-

labria (1), Emilia-Romagna (5), Liguria (1), Lombardia (10), Molise (2) e Veneto (37). In percentuale non si arriva all'11% del totale di quanto programmato, in quindici regioni non è stato fatto nulla.

DATI IMPIETOSI - presentati da Agenas, l'agenzia per i servizi sanitari regionali, alla commissione Affari sociali e lavoro del Senato - su una riforma sostenuta principalmente dai 7 miliardi provenienti dal Pnrr (sui quasi 17 stanziati per la missione Salute), ai quali si aggiungono fondi regionali e altre risorse europee. E che confermano il notevole ritardo, a fronte di un cronoprogramma che prevede la realizzazione di tutti gli interventi stabiliti entro i prossimi tre anni. Le cause? Secondo Agenas, le procedure messe a punto sono troppo complesse, lunghe e farraginose. In pratica, "non consentono un agevole e tempestivo impiego delle risorse pubbliche disponibili, che rimangono per lungo tempo immobilizzate, con riflessi negativi sulla gestione finanziaria e contabile delle Regioni". Una criticità evidenziata anche dalla Corte dei Conti. Con l'aggravante che la programmazione, a causa dell'iter interminabile, è spesso superata dalle nuove normative. Vuol dire che alcuni



interventi già approvati potrebbero anche essere revocati, altri sostituiti, aumentando il ritardo. "Inoltre, l'incremento dei costi - scrive Agenas nel suo report -, e l'emergere di nuovi fabbisogni potrebbero richiedere variazioni, con la conseguente necessità di procedere a rimodulazioni". In pratica non è escluso che si debba ripartire da zero. Siamo di fronte a una paralisi?

DI CERTO c'è che anche le Centrali operative territoriali, le cosiddette Cot, pensate per il coordinamento dei servizi, sono ferme. Dovrebbero essere 650 e invece ce ne sono 24, peraltro circoscritte so-

lo a Lombardia, Piemonte e Umbria. Per le case di comunità la spesa prevista è di due miliardi. Altri quattro sono destinati all'assistenza domiciliare e alla telemedicina, infine 1 miliardo va agli ospedali di comunità. Con i fondi del Pnrr in Emilia-Romagna di case di comunità ne sono state realizzate 43, contro le 92 previste. In Lombardia ce ne sono solo 38, di cui due aperte con altre risorse: e dovrebbero essere 211. Il Veneto ne dovrebbe avere almeno 100 e non ne neanche una.

La Campania ne prevede 191 e anche qui siamo a zero. A zero anche la Sicilia, alla quale ne sono state assegnate 156. Sempre la Lombardia di ospedali di comunità ne dovrebbe realizzare 70 e come abbiamo visto è ferma a 10. La Puglia non

ne ha nemmeno uno e ne deve avere 38. Anche in questo caso, sono ancora una volta immobili Campania e Sicilia. Così come lo è il Piemonte, che dovrebbe disporre di 30 ospedali di comunità.

GLI ALTRI PROGRAMMI



IMPRENDITORIA FEMMINILE

- Finanziamenti per 2400 imprese guidate da donne: il 40% al Sud, ma le domande arrivano con una "disomogeneità territoriale", a favore del Centro-Nord



CINECITTÀ

- Previsti 262 milioni per rilanciare gli studios romani con 13 teatri nuovi e la ristrutturazione di altri 4. Per il caos tra Direzione Generale Cinema e Cinecittà s.p.a il governo ha chiesto di limitarsi ad acquisire i terreni entro il 2026



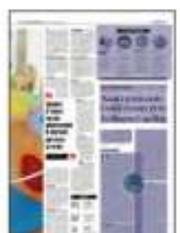
HOUSING SOCIALE

- Il programma per la Qualità dell'Abitare vale 2,8 miliardi, per costruire alloggi pubblici, affrontare le difficoltà abitative. Non abbiamo speso i 140 mln del 2022: ora abbiamo solo due anni per spendere 2,7 miliardi.



GIUBILEO

- 335 progetti su Roma per 500 milioni, dal restauro delle mura aureliane all'ex mattatoio del Testaccio. Poche settimane fa Ance ha lanciato l'allarme: solo il 9% dei cantieri è partito, e per molti mancano ancora i progetti esecutivi



Ridiamo un futuro di fiducia e responsabilità alla dirigenza pubblica

I nodi del Pnrr/1

Antonio Lampis

Ultimamente si dibatte molto se e quando riusciremo a spendere nei tempi il Pnrr. Sul come spendere si è aperto un acceso confronto tra governo e organi di controllo. La ricorrenza della discussione ricorda ancora una volta la crescente difficoltà con cui le pubbliche amministrazioni riescono a rispondere alle esigenze della società, difficoltà che in Europa sono emerse ancora più prepotentemente per effetto della pandemia e della guerra. Senza spesa tempestiva non c'è ripresa e non c'è sviluppo.

Il Covid, la recente cultura del bonus pubblico per quasi ogni esigenza, l'improvviso svelarsi della debolezza di alcune strutture sanitarie hanno riportato indietro l'orologio della storia e oggi, come nell'Impero Romano o nel Medio Evo, cittadini imprese e autorità locali si trovano di nuovo in fila nei ministeri delle capitali per ottenere un finanziamento. Tutto ciò ha riportato attenzione alle scelte pubbliche e oggi è più che mai necessario segnalare quanto l'efficienza della pubblica amministrazione sia stata a lungo trascurata. Governo dopo governo, abbiamo tutti, silenti, assistito allo stratificarsi di norme, apparati, controlli e procedure quasi sempre non decisivi per gli scopi dichiarati, ma brillantemente capaci di rendere lentissima l'attività dei dirigenti, norme perfette, grazie alla formula "con successivo decreto", per rendere continua la commistione tra una politica a sempre più breve durata e un'amministrazione a sempre più lunga percorrenza. Questo giornale, già nel 2014, contava, solo per quell'anno, la compulsiva approvazione di 21 pagine di nuovi provvedimenti normativi al giorno, un complessivo scritto di oltre 14,2 milioni di caratteri battuti su carta, articolati in migliaia di commi e articoli. Mai come negli ultimi vent'anni di norme italiane e Ue si è data ragione al motto usato dal grande giurista Francesco Galgano, secondo il quale il diritto è il rovescio del buon senso. Da più di 20 anni ogni nuovo governo, ogni nuovo governatore regionale e ogni nuovo sindaco dichiara nei suoi esordi di voler agire per la semplificazione e per la sburocratizzazione, ma nessuno ha avuto il tempo e la determinazione per evitare che le norme di contabilità pubblica, nate nell'emergenza e dalla miseria della Prima guerra mondiale, sopravvivessero quasi immutate e restassero vigenti anche oggi, epoca della totale digitalizzazione dei passaggi di

denaro, nella quale basta condividere una *password* per poter controllare con quattro occhi ogni spesa. Nessuno ha realmente inciso su tale stato di fatto e oggi solo una riforma fortemente radicale potrebbe aiutare. Spesso mi dicono: eh la fai facile. Difatti è

quello che servirebbe, farla facile, pur nella consapevolezza che alcune delle norme più infernali ci arrivano da un comune sentire europeo e da dirigenze e magistrature ostili a ogni cambiamento. Alcuni Paesi nordici già da anni offrono ottimi esempi di amministrazione efficiente e tempestiva, con una digitalizzazione seria, mentre noi siamo in fila negli ambulatori medici per avere una ricetta, a volte ancora di carta, che dura poco perché non si sa gestire digitale, fiducia e privacy contemporaneamente. Per la vicenda del

Pnrr e per altre situazioni critiche che investono la presente e futura convivenza, *in primis* la sanità, l'immigrazione, la transizione energetica, l'istruzione al passo con i cambiamenti sociodemografici, anche in sede europea serviranno presto riforme radicali.

Spendere e agire lentamente significa per un'azienda o una pubblica amministrazione spendere inutilmente ed anche lasciare spazio (e tempo) alla corruzione o comunque a influenze indebite. Un intelligente magistrato, con il quale ho condiviso molte commissioni per assumere funzionari pubblici, chiedeva ai candidati: mi parli poco e male delle quattro fasi della spesa pubblica. La risposta di un candidato altrettanto intelligente fu: «Dovrebbero essere solo due».

Anni di esperienza amministrativa mi hanno persuaso che per uscire dalla paralisi o dall'estrema lentezza che frena benessere individuale ed economia collettiva, serve maggiore attenzione al prodotto e meno al processo e serve attenzione al fattore tempo, che insieme al denaro e alle persone che compongono i vari nuclei di lavoro sono risorse da dover gestire, in



futuro, con una flessibilità maggiore. Si è voluta una cosiddetta "privatizzazione" del pubblico impiego solo di facciata, ma è ormai tempo di dare a chi decide, ai dirigenti, *budget* composti non solo di risorse finanziarie, ma ambiti d'azione più completi in maggiore autonomia, pur con ragionevoli tetti di spesa, per risorse umane, logistiche e operative. Sarà quindi indispensabile liberarsi degli eccessi di standardizzazione, rigidità negli organici, norme sulle modalità minuziose della spesa. Vanno superati i sistemi troppo centralizzati di assunzione, fermo restando il vincolo di pubblico concorso, che è pur sempre rispettato anche senza selezioni oceaniche, lente e quasi sempre centralizzate. Serve un sistema di controlli che sia più spesso concomitante e meno spesso giudicante solo a cose fatte, che valorizzi il capitale di conoscenza accumulatosi nei decenni negli organi di controllo per contribuire a prevenire e a risolvere i problemi piuttosto che solo definirli, magari utilizzando la retorica che dovrebbe restare confinata al diritto penale. Nell'attuale dibattito le sanzioni andrebbero rivolte a chi ha complicato i processi decisionali o di spesa e non a chi, con risorse scarse non riesce a portare a termine missioni impossibili. È inoltre necessario programmare l'incertezza, difatti, sembra incredibile, ma molto spesso nelle pubbliche amministrazioni non è dato a sapere in anticipo chi firma quando qualcuno sparisce (per morte, malattia, pensionamento, assenza imprevista etc.) e questa incredibile dimenticanza organizzativa ha già creato grandi problemi durante il Covid. È necessario liberarsi delle troppe Pec, dei troppi *software* fatti in casa che nessun imprenditore utilizzerebbe nemmeno sotto tortura. È indispensabile, per rispondere alle nuove esigenze sociali, dare attenzione alla macchina pubblica, per renderla degna dell'Italia, guardando alla media Ocse e non rassegnandosi a

mantenerla al livello di un Paese in via di sviluppo. In tale prospettiva serve coraggio e fiducia, dare reali responsabilità sui risultati e spazi di manovra, considerando molto meglio il fattore tempo, i rischi, i carichi di lavoro in un'ottica orientata al risultato. Le riflessioni come questa, in pubblico e su questa autorevole carta rosa, servono da sempre da stimolo. Ovviamente non si riesce qui ad elencare proposte più dettagliate, ma posso segnalare chi da anni lo fa molto bene, come ad esempio il Forum Pa (dove sono state presentate dettagliati rapporti e proposte) e il libro uscito quest'anno, attuale e chiaro, di un maestro come Sabino Cassese, dal titolo *Amministrare la nazione*. Per spendere bene e in tempo il Pnrr e ogni altra spesa pubblica è indispensabile tornare a leggere, a studiare, a investire nella formazione della futura classe dirigente, prospettandole un futuro di responsabilità e fiducia, con meno minacce, meno lacci e più attenzioni.

Direttore del Dipartimento cultura italiana, ambiente ed energia della Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige; Vice presidente dell'Università di Bolzano

LE RIPRODUZIONI RISERVATE

**SERVE MAGGIORE
ATTENZIONE
A TEMPO, DENARO
E CAPITALE UMANO
PERCHÉ IL PRODOTTO
È PIÙ IMPORTANTE
DEL PROCESSO**





Dir. Resp.: Marco Girardo

RIFORME

Lacune storiche e pandemia: una sanità sotto stress

CARLA COLLICELLI

A pagina 3

ANALISI I principali problemi da affrontare per una riforma che rilanci il welfare della cura

Lacune storiche e pandemia Perché la sanità è sotto stress

Il sistema italiano è stato a lungo un'eccezione internazionale, il taglio delle risorse e il Covid hanno fatto detonare le criticità. Dal Ministero un piano ambizioso, serve il coinvolgimento di tutti



piano ambizioso

CARLA COLLICELLI

Eravamo abituati a considerare la nostra sanità come un'eccezione e la salute degli italiani come un valore fortemente tutelato. E certamente alcuni parametri continuano ad essere positivi: la nostra speranza di vita è ancora una delle migliori del pianeta (nel 2022 80,5 anni per gli uomini e 84,8 per le donne). Ed altri indicatori per i quali il nostro posizionamento internazionale è più che dignitoso sono quello della qualità e dell'impegno del personale, e quello delle reti informali di aiuto e cura. Ma la pandemia, con i suoi 25 milioni 500 mila casi, 188 mila morti e un impegno di 144 milioni di dosi di vaccino somministrate, ha evidenziato drammaticamente, e per molti versi peggiorato, tante lacune storiche, e ne ha provocate di nuove. Oggi possiamo dire che il sistema è messo alle strette tra la consapevolezza acquisita rispetto agli errori del passato e le nuove sfide della salute globale, e che la riattivazione di un'attenzione più matura al valore della salute, sia a livello sociale che a livello istituzionale, non basterà a risolvere le tante criticità, vecchie e nuove, se non si porrà mano decisamente all'aumento delle risorse ed alla realizzazione del principio di "Salute in tutte le politiche".

Per quanto riguarda le risorse, i dati presentati dalla Corte dei Conti nella recen-

te Audizione alle Commissioni Bilancio parlano chiaro: nel 2022 la spesa sanitaria è cresciuta del 2,9%, raggiungendo i 131,1 miliardi, ma con una discesa rispetto al Pil a poco più del 6,9%, molto al disotto dei valori (tra 8 e 9%) degli altri paesi. Tanto che, come segnala l'Istat, la spesa privata aggiuntiva a carico delle famiglie continua a crescere, ed ammontava nel 2021 a ben 36,5 miliardi. Ed altrettanto critica è la situazione del personale, in particolare infermieristico: secondo le stime mancano in Italia almeno 50 mila infermieri, il personale sanitario sta velocemente invecchiando e per quanto riguarda i medici preoccupano soprattutto i reparti di urgenza-emergenza (almeno mille unità mancanti), la medicina di base (scesa da 44 mila a 39 mila medici tra 2016 e 2021) e la fuga dagli ospedali (ben 2.886 nel solo 2021), per insopportabilità del ca-



rico di lavoro e del relativo stress. La situazione delle risorse impedisce evidentemente di porre rimedio ai vecchi mali della debolezza della medicina del territorio, delle liste di attesa per l'accesso alle prestazioni, e del mancato rispetto dell'universalismo e dell'equità territoriale, sociale e generazionale, previste dal nostro Ssn.

La pandemia ha caricato su di un sistema già sotto stress ulteriori problemi. Oltre alla mortalità degli anziani (nel solo 2021 63 mila decessi in più rispetto alla media 2015-2019, quasi tutti di anziani), abbiamo registrato il ritardo nella diagnosi e cura di altre patologie croniche e acute (si stima una contrazione degli interventi in oncologia del 50%); l'incremento delle patologie dell'area psichiatrica e psicologica (nell'ordine del 25-30%); la recrudescenza di fenomeni di abuso di sostanze nocive e di violenza interpersonale e personale; l'accenarsi delle disparità nell'accesso alle cure e nel benessere psicofisico. La quota di persone che nel periodo pandemico hanno rinunciato a prestazioni sanitarie ritenute necessarie è quasi raddoppiata, passando dal 6,3% del 2019 al 9,6% del 2020 ed all'11,1% del 2021.

Gli esiti sociali di una simile situazione si misurano nell'aumento della povertà (tra 2019 e 2020 1 milione di nuovi poveri secondo Oxfam), e nel peggioramento della qualità e quantità di vita di anziani, malati cronici, bambini, su cui pesa anche l'indebolimento progressivo della rete di aiuti informali e di care-giving, su cui nel passato si è molto basa-

ta l'assistenza. Ma la pandemia ha anche messo a nudo il rapporto tra salute e ambiente, troppo a lungo trascurato, in particolare per quello che riguarda la perdita di biodiversità: più del 60% delle patologie infettive sono di origine animale, ed il 70% ha origine dagli ambienti selvaggi. Secondo l'Oms si stimano ogni anno a causa dell'inquinamento oltre 4 milioni di decessi prematuri nel mondo, e 30-40 mila in Italia e si prevede che entro il 2050 i

cambiamenti climatici provocheranno tra 200 e 250 milioni di migranti.

Dallo stesso rapporto si segnala la gravità della cosiddetta antibiotico-resistenza, cui si associano più di 4 milioni di morti del 2019. Particolarmente grave è in Italia la situazione relativa agli incendi boschivi (ne 2021 49 incendi su 100 ettari, il numero più alto d'Europa) ed al caldo estremo (nel 2020 + 1,54° rispetto alla media 1961-1990), ed il Rapporto 2022 del Consiglio Superiore di Sanità documenta come le ondate di calore e la siccità abbiano aggravato condizioni patologiche preesistenti (cardio-vascolari, respiratorie, diabete, renali e mentali) e provocato nel so-

lo 2015 almeno il 2-3% dei decessi totali. Infine il cibo non sano provocherebbe 600 milioni di eventi clinici e più di 400 mila morti in un anno.

Insomma il sistema è stretto nella morsa dei mali del passato da un lato e delle sfide del futuro dall'altro, ed i recenti atti del Ministero della Salute (un documento di fine anno e l'Atto di Indirizzo del 1 marzo scorso) esprimono la consapevolezza delle cose da fare: l'adeguamento dei Lea (varato il 20 aprile, ma da finanziare), le liste di attesa, i Piani nazionali di settore, gli interventi per il personale, l'ammodernamento strutturale e tecnologico, il Programma Nazionale Equità (previsto dai Programmi europei di coesione 2021-2027), l'attività di vigilanza, il rafforzamento della prevenzione e della ricerca sanitaria, l'ammodernamento tecnologico, e molto altro ancora.

Un Piano davvero ambizioso, che tocca tutte le questioni sul tappeto. Ma il rischio è che si tratti di un libro dei sogni impossibile da realizzare se non si porrà mano alle risorse, ma anche all'attuazione di una politica integrata per la salute, che coinvolga tutta la società, come previsto dal documento dell'Intergruppo Parlamentare Qualità della vita nelle Città, che lancia 10 proposte per una salute come fulcro di tutte le politiche: dall'alfabetizzazione e informazione sanitaria in collaborazione con la scuola, alla cura degli stili di vita sani nel mondo del lavoro e nelle comunità, alla cultura dell'alimentazione, allo sport, ai trasporti, alle misure di inclusione sociale delle fasce più deboli, fino ad una solida e costruttiva alleanza tra tutti i soggetti del territorio: Comuni, università, aziende sanitarie, centri di ricerca, industria, professionisti, terzo settore e società civile.

Nel 2022 la spesa sanitaria è cresciuta del 2,9%, raggiungendo i 131,1 miliardi, ma con una discesa rispetto al Pil a poco più del 6,9%, molto al di sotto dei valori (tra 8 e 9%) degli altri Paesi



La pandemia di Covid-19 ha caricato su un sistema già in tensione ulteriori problemi. Oggi mancano 90mila infermieri oltre a un migliaio di medici nei reparti di emergenza. Nella foto: la nomenclazione Covid all'ospedale policlinico San Martino di Genova.





Dir. Resp. Marco Girardo

SALUTE

Essere donna in Italia è uno svantaggio oncologico La parità si fa con il welfare

Marco Benedettelli

In Italia su cento persone che accedono a cure oncologiche sperimentali, solo trenta sono donne.

Questa diversità di trattamento medico, che può essere decisivo per il miglioramento dei pazienti, è anch'essa una delle conseguenze della disparità di genere che continua a pervadere le nostre dinamiche sociali. La denuncia arriva da Women For Oncology Italy, l'associazione nata da una costola di Esmo (European Society for Medical Oncology) che da anni si batte per le pari opportunità in oncologia e che ha presentato la ricerca in un incontro organizzato a Montecitorio con i vertici della sanità italiana. «La donna è il perno della famiglia, il caregiver che si prende cura degli altri. Se si ammala, è più complesso trovare qualcuno che si prende cura di lei», spiega Rossana Berardi, presidente di W4O Italy e ordinaria di Oncologia all'Università Politecnica delle Marche.

Tale disparità di genere si riscontra in altri Paesi europei e negli Stati Uniti ed è una dinamica che si replica anche in altri contesti di cure sperimentali, non solo oncologiche. Terapie che prevedono più controlli, più visite di laboratorio, più tac, affinché si arrivi a individuare il farmaco innovativo adatto, la cura di precisione che vada a migliorare il quadro clinico della paziente. Le opportunità possono essere plurime per le malate, soprattutto quando si usano farmaci già sperimentati e testati in altri percorsi terapeutici. E per chi ha già affrontato trattamenti standard, la sperimentazione può divenire una strada cruciale da intraprendere.

Nel mondo sono 22mila i pazienti che ogni anno ricorrono a cure sperimentali oncologiche. In Italia le te-

rapie sperimentali registrate da Aifa nel 2022 sono state quasi 700, più della metà sono in oncologia, il 20% delle sperimentazioni in ambito oncologico europeo. In Italia i centri di ricerca sui tumori sono 149 (dato Aiom), distribuiti nel territorio anche in modo disomogeneo. E per chi non vive nei pressi di questi istituti, effettuare i frequenti monitoraggi richiesti è impegnativo. C'è strada da fare, anche lunghissima, se si vive in una città lontana. I sacrifici logistici sono superiori rispetto a quelli richiesti coi normali centri oncologici, più di prossimità e flessibili nella presa in cura.

Molte donne rinunciano o interrompono le terapie perché l'eventualità di entrare in un percorso simile sembra irraggiungibile, soprattutto quando il contesto socio-familiare non lo consente. Ci sono i figli o gli anziani da accudire a casa, «come accaduto a una giovane mamma che avevo in cura con un tumore al seno - racconta la professoressa Rossana Berardi -. Le abbiamo proposto una terapia con un farmaco in fase avanzata di sperimentazione dagli effetti positivi già testati. Ma la donna ha dovuto rifiutare perché non poteva percorrere 80 chilometri avanti e indietro dal centro. Ultimamente l'ho sentita. Era molto pensierosa, si domandava se la sua scelta fosse stata giusta». Per consentire alle donne di partecipare alle cure oncologiche nella stessa misura degli uomini la soluzione dovrebbe essere non di ordine medico, ma politico, si dovrebbe guardare al potenziamento del welfare sociale, con la possibilità di prevedere trasporti, di garantire il sostegno ai figli, di prevedere case di accoglienza dove alloggiare nel pre e post cura. D'intesa con l'Azienda Ospede-

raliero Universitaria delle Marche, dove la professoressa Berardi dirige la Clinica Oncologica, nel 2021 è stato aperto "Casale Angelini", la prima "Care house" in Italia che Fondazione Angelini ha messo a dispo-

sizione per ospitare malati oncologici in cura e famiglie. È un esempio virtuoso di come l'accoglienza per i malati sia una strada percorribile.

C'è un tema poi che sta emergendo prepotentemente in ambito scientifico negli ultimi anni, quello delle differenze biologiche di genere, trascurate fino ad oggi dall'impostazione troppo antropocentrica della medicina, tarata sul prototipo maschile, mentre per le donne ci si è concentrati soprattutto sull'ambito riproduttivo. «La necessità di colmare il gap e approfondire la tematica è importante perché una terapia o la sua tossicità può trovare risposte diverse tra uomo e donna, come è stato evidenziato. Ma gli studi solo ora iniziano a tenere conto dei diversi profili biomolecolari o ormonali», aggiunge la professoressa Berardi. In questo senso l'aspetto sociale s'intreccia con quello sanitario. Il diritto delle donne di poter accedere a cure oncologiche sperimentali, oltre ad aprire alla possibilità di un miglioramento della paziente, allarga anche il campo della ricerca scientifica per il genere biologico femminile. «Occorre concentrarsi sulla differenza di genere, per avere maggiore consapevolezza e informazioni scientifiche. Con l'Associazione Italiana Oncologia Medica stiamo stilando ora le





prime raccomandazioni in questo senso, in 50 anni di attività». Un ritardo imputabile, viene da pensare, a un altro tipo di mancanza di pari opportunità: le donne che in ambito medico coprono un ruolo apicale sono nettamente inferiori agli uomini. «Circa il 18% in oncologia ha raggiunto la posizione di direttore di struttura, la stessa percentuale si ritrova in altri ambiti sanitari - denuncia ancora Women for Oncology Italy -. In ambito universitario le ordinarie in oncologia non raggiungono il 10% del totale. Sono dati ufficiali che fanno riflettere, ancora più perché il 60% delle iscritte a Medicina è donna e dunque solo

una su dieci o meno raggiunge un ruolo apicale universitario e due su dieci ospedaliero». I più ottimisti parlano di 150 anni per bilanciare questo squilibrio e l'associazione W4O nell'incontro a Montecitorio ha lanciato la proposta di prevedere un meccanismo premiante che favorisca la progressione in carriera indipendentemente dal genere. Tutto è collegato, perché una maggiore presenza femminile tra i dirigenti medici può significare un'ulteriore attenzione scientifica ai temi biologici di genere e al contempo una diversa sensibilità ai bisogni e ai diritti delle donne in campo socio sanitario.

**Difficile partecipare a cure sperimentali quando si deve badare alla famiglia
Nelle Marche l'esperienza di una prima "Care house"**





Dir. Resp. Marco Girardo

IL FATTO

Cosa prevede la legge sulle Dat

La legge 219/2017 su consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (Dat) stabilisce che ogni trattamento sanitario può essere effettuato solo con l'esplicito assenso del paziente. Questi può rifiutare o interrompere anche

trattamenti di sostegno vitale. Nel caso di un paziente interdetto, il consenso viene prestato dal tutore «avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona nel pieno rispetto della sua dignità».



La spesa farmaceutica è fuori controllo

Sfodata quota 20 miliardi

Big Pharma macina utili record
Mentre si tagliano i posti negli ospedali

di RAFFAELLA MALITO

Sarebbe il caso che, prima o poi, il ministro della Salute, **Orazio Schillaci**, assieme a tutto il governo, cominciasse ad occuparsi delle cose serie. Per esempio di una spesa farmaceutica ormai fuori controllo con il sistema dei tetti che evidentemente non funziona. Lo scorso anno - come riporta Il Sole 24 Ore - per la prima volta sono stati sfondati i 20 miliardi, con la spesa farmaceutica a carico del Ssn che si è attestata a 20.504,6 milioni, secondo i dati comunicati di recente l'Aifa, contro i 19.465,7 milioni raggiunti nel 2021. E il trend è destinato ad aumentare di un altro miliardo anche per quest'anno. In base ai consumi di farmaci nei primi mesi del 2023 rilevati da Iqvia, la spesa farmaceutica per acquisti diretti (la spesa ospedaliera) quest'anno oltrepasserà nuovamente il tetto programmato per legge, arrivando - secondo

le stime - a circa 13 miliardi di euro, +6% rispetto al 2022. A fronte di un tetto stimato pari a circa 9,7 miliardi di euro (il 7,65% del Fondo sanitario nazionale, come nel 2021 e 2022), quest'aumento porterà a un disavanzo di circa 3,3 miliardi di euro, in crescita del 20% rispetto al 2022. Di questi la metà, ossia circa 1,6 miliardi, dovrà essere ripianata dalle aziende farmaceutiche - ricorda Iqvia - con il sistema del payback. La restante parte sarà pagata dalle singole Regioni in base al loro superamento del budget assegnato.

LO SCONTO



A partire dal 2022, tuttavia, le aziende che hanno già adempiuto al pagamento integrale dell'onere di ripiano per gli anni 2019 e 2020 godranno di una riduzione della quota da pagare, rideterminando il valore del ripiano come se il tetto fosse dell'8% nel 2022 e dell'8,15% nel 2023. Il payback per tali aziende sarà quindi calcolato come se il ripiano complessivo per il 2023 risultasse di circa 1,4 miliardi di euro. La spesa convenzionata (la ricetta in farmacia) è prevista in crescita di circa l'1,5% rispetto al 2022, arrivando a circa 8,1 miliardi di euro. Ma in questo caso si manterrà all'interno del tetto programmato, generando un avanzo di risorse in aumento rispetto al 2022 (intorno agli 800 milioni, rispetto ai 728 verificati da Aifa per il 2022). Sul meccanismo del payback, tra parentesi, si addensano diversi dubbi. **Sigfrido Ranucci** ha dedicato un'inchiesta di Report, all'inizio dello scorso mese, a questa legge voluta dal Governo Renzi nel 2015 e attivata solo anni dopo

da Draghi subito dopo le dimissioni. Si tratta in effetti di una legge che rischia di mettere in ginocchio le imprese che forniscono la sanità pubblica perché prevede che quando le Regioni sfiorano il tetto di spesa per l'acquisto dei dispositivi medici, le aziende fornitrici debbano contribuire a ripianare il debito re-

stituendo fino al 50% del fatturato dalle forniture. Le aziende avrebbero dovuto restituire alle Regioni, solo per il quadriennio 2015-2018, 2,2 miliardi di euro entro il 30 aprile scorso. Questo era quello che stabiliva il decreto Aiuti bis. Il risultato è che attualmente più di 4000 piccole e medie imprese del settore rischiano di chiudere e, senza regole certe, hanno smesso di partecipare alle gare. Insomma quella che era stata sbandierata per un'iniziativa virtuosa si è rivelata una legge illogica e soprattutto dannosa.

Misura illogica

Il payback
introdotta da Renzi
serve a poco
E il trend dei costi
è in crescita
di un miliardo l'anno



stanno lavorando a replicare le cellule. Good Meat, che è stata la prima ed è la più grande, ha cominciato già dal 2020 a vendere «pollo coltivato» a Singapore, unico Stato dove la commercializzazione è libera. Punta ad attivare là 10 nuovi bioreattori da 250 mila litri raggiungendo in tre anni la produzione di 12 mila tonnellate.

Ma da dove parte tutto questo? Dalle cellule «immortali» dell'utero di Henrietta Lacks, una donna morta di cancro nel 1951. Le sue cellule tumorali si riproducevano continuamente in coltura. Poi si aprì la via all'indagine sulla replicazione cellulare. Lo studio delle staminali umane, che se da una parte apre orizzonti di speranza nella cura di alcuni tumori del sangue, dall'altra alimenta il sogno della lunga vita. Sostiene Giuseppe Pulina, prorettore incaricato per la ricerca all'Università di Sassari e presidente di Carni sostenibili: «La Fao, l'Organizzazione delle Nazioni Unite per l'alimentazione e l'agricoltura, ci ha detto che alla carne sintetica, mi ostino a chiamarla così, corrispondono 53 potenziali pericoli. Molti comuni agli alimenti di origine animale, ma ce ne sono tre specifici: l'uso di ormoni per farle crescere, e di antibiotici perché queste cellule non hanno corredo immunitario, e il potenziale trasferimento di sepsi a chi dovesse cibarsene. Non avendole mai prodotte in quantità non abbiamo alcuna prova delle reazioni che possono provocare. Anche l'Efsa, l'ente europeo, se deciderà il via libera lo farà in assenza di dati empirici. Mi chiedo come farà mai l'Ue ad autorizzare questi prodotti se negli allevamenti è vietato, a livello di codice penale, l'uso di ormoni, e ci sono regole precise per dare gli antibiotici».

Anche sotto l'aspetto ambientale, sostiene Pulina, siamo di fronte a una mistificazione: per alimentare da qui al 2030 la popolazione mondiale con la carne artificiale servirebbero 150 mila bioreattori da 20 mila litri che emetterebbero 44 milioni di tonnellate di CO₂ equivalente, ammettendo che l'enorme quantità di energia necessaria sia prodotta per metà da fonti rinnovabili. Allevando animali, ci sarebbero emissioni sei volte inferiori.

«Bisognerebbe far sapere ai consumatori come vengono prodotte queste cellule» prosegue Pulina. «Un tempo, come brodo di coltura, si usava liquido amniotico di vacca e di cavalli estratto dagli aborti. Oggi dicono di aver sostituito questi supporti con funghi e lieviti, come si fa per coltivare le cellule tumorali, ma nessuno conosce la composizione di queste sostanze né quali siano gli additivi per la conservazione e l'aromatizzazione. L'aspetto inquietante è che per la prima volta metodi concepiti per la medicina riparativa diventano processi industriali che sostituiscono quelli agricoli e naturali. Noi insegniamo ai nostri ricercatori che la scienza è un'attività svolta per il bene dell'umanità. Ma molte volte abbiamo fermato la ricerca: su gas nervini, clonazione umana e manipolazione degli embrioni umani. Ora non vedo alcun limite».

Il direttore della Fao, il cinese Qu Dongyu, ha già espresso perplessità sulle mancate normative, il governo italiano si è appellato al principio di precauzione per vietare la carne coltivata, la Coldiretti e Filiera Italia, con Ettore Prandini e Luigi Scordamaglia, sostengono si tratti di prodotti farmaceutici e non alimentari.

Non solo. Non si capisce che cosa possa accadere se la produzione di questi alimenti andasse in mano alle industrie farmaceutiche: le cellule possono essere veicolo di patologie da curare poi con i farmaci? Esiste peraltro un gigantesco conflitto d'interessi dal momento che Bill Gates è il primo finanziatore della carne sintetica, ma anche il principale sponsor dell'Organizzazione mondiale della sanità. Infine, non esiste ancora alcun protocollo di legge per rendere evidenti gli ingredienti di un'eventuale bistecca sintetica.

Ma il limite non esiste perché la carne

umana è già stata replicata. Lo ha fatto per provocazione Orkan Telhan che ha esposto la bistecca Ouborobos, nome del mitologico serpente che mangia sé stesso, al Design Museum di Londra. Era stata creata in laboratorio, come ha spiegato Andrew Pelling, uno degli scienziati che l'hanno prodotta, «partendo da sangue destinato alle trasfusioni che stava per scadere». Una volta coltivate nel bioreattore queste cellule sono state disposte in dischetti di plexiglass.

L'Unione europea ha una posizione ambigua. La commissaria alla Salute, la cipriota Stella Kyriakidou, ha elaborato un nuovo regolamento su sangue, tessuti e latte materno che garantirà «la protezione di donatori e riceventi di latte materno umano, di microbiota, di preparati ematici non trasfusi e di qualsiasi altra sostanza di origine umana che potrebbe essere applicata sugli esseri umani in futuro».

Dopo la carne coltivata, il latte senza mucche, le uova senza galline, il latte materno senza mamme e gli insetti a colazione, sta per arrivare anche il pesce senza pesce. La californiana Wildtype produce salmoni in laboratorio. Ha stretto una collaborazione con Donaldson Solaris Biotech, leader nei bioreattori, fermentatori e sistemi di filtrazione. E Matteo Brognoli di Solaris, che finora ha operato in campo farmaceutico, sostiene: «Le proteine alternative sono il segmento in più rapida crescita per i sistemi di bioreattori e siamo orgogliosi che i nostri "coltivatori" siano la tecnologia abilitante per il salto nell'industria alimentare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come vivere (e bene) anche con la celiachia

L'EVENTO

Sarà dedicata ai 600 mila italiani affetti da celiachia la giornata internazionale che si celebrerà il 16 maggio, anche perché almeno il 60% di loro non ha ancora ricevuto una diagnosi. C'è dunque tanto da fare e tante informazioni da dare per far conoscere questa condizione (che non è intolleranza, né allergia al glutine) e far uscire dall'ombra le persone ancora in attesa di diagnosi.

Per questo l'Associazione Italiana Celiachia dedicherà alla patologia nove giorni di approfondimento dal 13 al 21 maggio e il 16 sarà la Giornata internazionale (*settimanadellaceliachia.it*). «È un appuntamento fondamentale - afferma Rossella Valmarana, Presidente dell'Associazione Italiana Celiachia - per fare una corretta informazione e sfatare gli ancora troppi falsi miti e fake news che portano a sottovalutare una malattia severa e fortemente sottostimata. La diagnosi precoce è cruciale per prevenire le complicanze della celiachia. Nella Legge di Bilancio 2023 è previsto un investimento economico per uno screening che identifichi bambini e ragazzi a rischio di sviluppare celiachia o diabete di tipo 1 (spesso le due condizioni sono associate) e che potrà contribuire a far emergere il sommerso dell'iceberg della celiachia».

LA GENETICA

La celiachia è una patologia cronica autoimmune sistemica scatenata in soggetti geneticamente predisposti (HLA DQ2/DQ8) dal glutine, un complesso proteico presente in tanti cereali (frumento, segale, orzo, farro, couscous, tabulé, seitan). Colpisce più le

donne degli uomini ed in netta crescita. Assumere alimenti e bevande (ad esempio la birra, anche se sul mercato oggi si trovano birre "gluten-free") contenenti glutine porta il sistema immunitario ad attaccare l'intestino tenue e un'esposizione ripetuta a questa proteina danneggia progressivamente questa parte dell'intestino, portando a malassorbimento di alcuni nutrienti e minerali. Oltre a conseguenze anche gravi.

L'unica terapia per il momento consiste nell'eliminare completamente il glutine dalla dieta per tutta la vita, stando attenti ad evitare anche le contaminazioni. Per quanto riguarda gli alimenti confezionati, bisogna cercare in etichetta il marchio "Spiga Barrata", il simbolo col quale AIC comunica la sicurezza di un prodotto, cioè l'assenza di glutine. Nessun problema viene invece dai cosmetici e dai prodotti di detergenza per la pelle perché il glutine è pericoloso solo se ingerito.

La celiachia può dare sintomi di gravità variabile nel tempo. I più frequenti sono dolori addominali, gonfiore, e diarrea cronica (o al contrario stipsi), nausea e vomito. Tra i sintomi extra-intestinali, forte astenia (affaticamento), perdita di peso, depressione o al contrario stato ansioso, dolori articolari, afte alla bocca, neuropatia periferica (un danno alle terminazioni nervose delle estremità che si manifesta con formicolio alle gambe e ai piedi) e la comparsa di gravi lesioni cutanee (dermatite erpetiforme).

I DEFICIT

Possono inoltre comparire una serie di sintomi secondari legati a deficit nutritivi vari, ad esempio anemia da malassorbimento di ferro e deficit di vitamine B12, D e K. Un bambino non diagnosticato presenterà problemi di crescita, danni allo smalto dei denti, altera-

zioni dell'umore e pubertà tardiva. Per conoscere la propria diagnosi è fondamentale non eliminare il glutine dalla propria dieta prima di aver completato tutti gli accertamenti, compresa la biopsia intestinale.

L'American College of Gastroenterology all'inizio dell'anno ha aggiornato le linee guida sulla celiachia. Il gold standard della diagnosi, sia per i bambini che per gli adulti, resta la gastro-duodenoscopia con biopsie della mucosa dell'intestino tenue (prese dal "bulbo" e dalla parte distale del duodeno). Nei bimbi però può essere presa in considerazione una diagnosi non biotica, quando l'esame del sangue rivela livelli di anticorpi anti-transglutaminasi (IgA TTG) dieci volte superiori ai limiti normali e la positività degli anticorpi anti-endomisio.

Gli stessi criteri valgono per gli adulti che non vogliono o non possono sottoporsi a gastroscopia. Una volta fatta la diagnosi, lo scopo del trattamento è ottenere la guarigione dell'intestino tenue, danneggiato dall'esposizione al glutine. E al momento non c'è altro da fare che eliminare il glutine dalla propria dieta, seguendo le indicazioni di un dietologo esperto.

I BAMBINI

Anche se sono molti i cereali permessi (riso, mais, miglio, quinoa, grano saraceno, sorgo, ecc), si tratta di un regime alimentare che ha un impatto importante sulla vita di una persona (e ancor di più su quella di un bambino o un adolescente), per questo va discusso in maniera approfondita con i pazienti.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INCHIESTA SUL COVID

Conte e Speranza
dai giudici: ecco
l'accusa e la difesa

◉ CROCE E MANTOVANI A PAG. 11

PROCESSO • 2020 L'ex premier e il suo ministro oggi a Brescia

Conte, Speranza e quei giorni del Covid fuori controllo al Nord

» Urbano Croce
e Alessandro Mantovani

Giuseppe Conte e Roberto Speranza saranno interrogati oggi. Entra nel vivo l'inchiesta sulla gestione della prima ondata del Covid-19, condotta ora dal Tribunale dei ministri di Brescia al quale la Procura di Bergamo ha trasmesso gli atti. Le ipotesi di reato sono epidemia colposa aggravata e omicidio colposo plurimo. Ma l'ex presidente del Consiglio risponde della mancata istituzione della zona rossa ad Alzano Lombardo e Nembro, i due Comuni della Bergamasca che furono falciati dal virus, in concorso con il presidente della Lombardia Attilio Fontana e nove membri del primo Comitato tecnico-scientifico. L'ex ministro, insieme a dirigenti della Salute e del Cts, è invece indagato anche per rifiuto di atti di ufficio per la rinuncia ad applicare il vecchio piano pandemico del 2006.

Per Conte, difeso dall'avvocato Caterina Malavenda, la contestazione parte dal 2 marzo 2020. È la sera in cui, secondo un appunto fornito ai pm di Bergamo dall'ex coordinatore del Cts Agostino Miozzo, in una riunione informale il presiden-

te dell'Istituto superiore di Sanità Silvio Brusaferro e altri esperti prospettarono al presidente del Consiglio la possibile chiusura dei due Comuni della Val Seriana, con le modalità molto rigide già adottate dal 23 febbraio in dieci Comuni del Lodigiano e a Vo' Euganeo (Padova) subito dopo la scoperta del virus a Codogno. Conte, secondo l'appunto, rispose che "la zona rossa va usata con massima parsimonia perché ha un costo sociale, politico, non solo economico" e promise di "rifletterci". Il 5 marzo Speranza firmò come proponente il decreto per chiudere i due Comuni e i carabinieri furono mandati in zona, ma il presidente del Consiglio non sottoscrisse il provvedimento e i militari tornarono indietro. Dalla sera del 7 marzo il governo chiuse la Lombardia e altre 14 province e dal 9 tutta l'Italia, sia pure con modalità meno rigide di quelle del 23 febbraio e senza fermare, all'inizio, le attività produttive.

QUANDO I PM di Bergamo losentirono per la prima volta come persona informata, Conte disse di aver saputo di Alzano e Nembro solo il 5 marzo: "Al termine del Consiglio dei ministri del 5.3.2020, mi è stato riferito che era pervenuta una mail, con allegata una bozza di Dpcm, una proposta di istituzione di zona rossa nei comuni di Alzano e

Nembro". Non sapevano ancora, i pm, dell'appunto di Miozzo, dove però si parlava anche di Cremona. E infatti Conte sostiene che i dati del contagio erano allarmanti anche in altre zone della Lombardia e dunque la situazione era diversa da quella che aveva portato alle prime zone rosse, quando si sperava di contenere focolai limitati. Davanti al collegio presieduto dalla giudice Mariarosa Pipponzi e alla presenza del procuratore di Brescia Francesco Prete, il leader M5S probabilmente dirà anche che chiudere in Val Seriana era più difficile rispetto alle aree pianeggianti del Lodigiano.

La difesa dovrebbe contestare anche la consulenza realizzata da Andrea Crisanti per i pm di Bergamo, cioè il modello matematico che ha stimato fra i 2.569 e i 4.148 i morti che si sarebbero potuti evitare nell'intera provincia orobica (su circa 6.200 morti in eccesso in sei mesi) disponendo la chiusura



(totale), rispettivamente, il 3 marzo - primo giorno utile per Conte - o il 27 febbraio, quando il Cts - secondo gli inquirenti bergamaschi - aveva ricevuto i dati sufficienti per proporla. In realtà non fu mai questione di chiudere la provincia, ma per Nembro e Alzano il modello Crisanti ha calcolato 108 e 55 morti in meno. Un processo basato su un modello matematico, però, sembra piuttosto difficile anche da immaginare.

I numeri spiegati a Conte il 2 marzo li aveva anche Fontana, il presidente lombardo, almeno dal 28 febbraio, ma scrisse per due volte che non servivano altre misure e infatti per lui la contestazione è anticipata a quella data. E per i membri del Cts al 26. Erano i giorni in cui il Pd organizzava aperitivi sui Navigli e gli industriali bergamaschi diffondevano lo spot "Bergamo is running".

SPERANZA, DIFESO
dall'avvocato Guido Calvi che ha già

mandato una corpora memoria a Brescia, risponde della mancata applicazione del Piano pandemico antinfluenzale fin dal 5 gennaio 2020, quando arrivò il primo alert dell'Organizzazione mondiale della sanità sulle polmoniti sconosciute in Cina, che richiama le misure anti-influenzali. Il Piano non era stato aggiornato dal 2006 (su questo però procede il Tribunale dei ministri di Roma), ma conteneva misure per la sorveglianza (tamponi) e per la ricognizione di posti letto e dispositivi di protezione che, se attivate in gennaio, avrebbero consentito di scoprire il virus un po' prima e di agire con più ordine, sia pure in una situazione senza precedenti. Speranza ha già spiegato che l'attivazione del Piano spettava al capo della Prevenzione (il coindagato Claudio D'Amario) e che il Co-

vid non era un virus influenzale. Oggi dovrebbe anche sottolineare che l'alert del 5 gennaio era generico, il 23 gennaio l'Oms non aveva ancora proclamato l'emergenza internazionale e lo farà solo il 30, inducendo il governo italiano a bloccare i voli dalla Cina, a dichiarare a sua volta l'emergenza e ad affidare i relativi poteri alla Protezione civile, all'epoca diretta da Angelo Borrelli. Furono poi i tecnici Cts, ai primi di febbraio, a valutare anche implicitamente che il Piano 2006 non fosse applicabile perché privo di misure operative e a disporre l'elaborazione di un piano specifico, mantenuto riservato per non allarmare la popolazione.

Insomma, è un fatto che le misure di prevenzione furono attivate in ritardo, per lo più dopo la scoperta quasi ca-

suale del primo caso italiano (il 21 febbraio) e che la zona rossa ad Alzano e Nembro sarebbe stata utile. I reati però sono un'altra cosa e deciderà il Tribunale dei ministri se qualcuno dev'essere processato. Per tutti, anche per i coindagati di Conte e Speranza. Così ha deciso la Procura generale di Brescia sulla base dei precedenti, ribaltando l'interpretazione dei pm di Bergamo. Il Tribunale potrà archiviare o trasmettere gli atti alla Procura affinché proceda, previa eventuale autorizzazione delle Camere per Conte e Speranza. A Bergamo restano solo i capi d'imputazione relativi all'ospedale di Alzano e alla gestione delle aziende sanitarie locali.

I PUNTI
ZONE ROSSE
IN RITARDO
E PIANO
PANDEMICO

ANNO 2020

2 MARZO

IL PRESIDENTE dell'Iss Silvio Brusaferrò prospetta al presidente del Consiglio la chiusura di Alzano e Nembro (Bg)

5 MARZO

SPERANZA firma il decreto per chiudere i due comuni, ma Conte non sottoscrive

8 MARZO

IL PREMIER Conte firma il Dpcm che chiude la Lombardia, il giorno dopo tocca all'Italia intera



Nella sanità la sfida chiave: apriranno 384 strutture Il piano

Il settore pesa 8,5 miliardi
su un bilancio annuale
che vale 10 miliardi

La sanità rappresenta il pilastro della spesa delle Regioni e il problema più gravoso. Detto in numeri in Piemonte vuol dire 8,5 miliardi su 10 del bilancio annuale complessivo, ma anche 384 strutture ospedaliere da inaugurare tra case e ospedali di comunità, finanziate attraverso il Pnrr, che per questo scopo mette a disposizione 1,1 miliardi (su 6 miliardi totali che verranno impiegati sul territorio piemontese).

Partiamo da qui, visto che la scadenza è incalzante, come per tutti fissata al 2026. Il Piemonte, riqualificando ospedali e strutture dismesse, sta già portando avanti la riapertura di 252 nuovi centri ospedalieri richiesti dal Pnrr, che dovranno colmare quel bisogno di sanità territoriale le cui lacune sono emerse durante la pandemia. «Dobbiamo tornare a dare risposte immediate ai cittadini, ricreare quegli ambulatori che nel tempo sono stati chiusi, per colpa di politiche che hanno tagliato nei decenni la sanità», dice Alberto Cirio, presidente del Piemonte.

Ma se le infrastrutture sanitarie verranno realizzate rispettando le scadenze del Pnrr, come al momento sembra, rimane il problema

di come coprire la lacuna del personale medico. La risposta che il governatore piemontese vorrebbe dare è la stessa di altre regioni del Nord: creare degli integrativi salariali, almeno per quanto riguarda i medici di medicina generale, per rendere più attrattivo rimanere nei territori più difficili (ed eventualmente essere più competitivi anche rispetto alle offerte del privato). «Non voglio parlare di gabbie salariali, vorrei come Regione avere la possibilità di offrire qualcosa in più», dice Cirio.

Una possibilità che al momento non è permessa, visto che il contratto di medicina generale è nazionale e soprattutto la Regione non ha questo tipo di competenza. Si tratta di un dossier che potrebbe rientrare tra le sfide dell'autonomia differenziata, che non a caso il Piemonte chiede in tutte le materie.

Il problema della mancanza di medici e delle liste d'attesa riguarda tutto il comparto sanitario regionale, non solo le nuove strutture richieste dal Pnrr. Spiega Cirio che in Piemonte «nel 2022 si è tornati a garantire una produttività pre-Covid, e su 42 prestazioni sanitarie garantite dai Lea i tempi di attesa sono tornati a quelli del 2018».

Il Piemonte sta ricorrendo co-

me altre regioni all'acquisto di prestazioni dai privati per ridurre i tempi delle liste d'attesa: con l'ultima delibera sono stati finanziati 27 milioni. Dal punto di vista organizzativo intende rimanere "una via di mezzo" tra la Lombardia, molto incentrata sulla valorizzazione delle eccellenze private, e il Veneto, più pubblico-centrico. Due esempi non a caso, visto che si tratta di regioni entrambe amministrate del centrodestra. L'obiettivo è comunque rafforzare la regia regionale attraverso un modello "a cruscotto", ovvero: proseguire nell'armonizzazione di tutte le agende ospedaliere così da indirizzare i pazienti al meglio.

—S.Mo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il Piemonte,
riqualificando
ospedali dismessi,
a breve inaugurerà
252 nuovi centri**



I nodi dell'assistenza

Case della salute al palo: mai avviati i progetti per riorganizzare la Sanità

► I dati Agenas del secondo semestre 2022 ► Nella Regione previsti anche 36 ospedali sulle opere finanziate con i fondi del Pnrr di comunità che non sono stati realizzati

IL CASO

Sulle strutture sanitarie del Pnrr, il Piano nazionale di ripresa e resilienza, c'è tutto da fare. Ed è l'Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, a fare una fotografia sui ritardi nazionali sulle Case e gli ospedali di comunità e sulle Centrali operative territoriali cogliendo l'occasione dell'audizione alla commissione Affari Sociali e Lavoro del Senato.

I NUMERI

Ebbene, stando all'analisi del secondo semestre del 2022 che riguarda proprio Roma, Frosinone, Latina, Rieti e Viterbo, delle 135 Case di comunità previste (così vengono chiamate quelle strutture sanitarie che dovrebbero filtrare i pazienti ed evitare che vadano a intasare impropriamente il pronto soccorso), nessuna è stata attivata. Il Lazio è in buona compagnia: anche Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Marche, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e le province di Trento e Bolzano si trovano in condizioni simili.

Stesso ritornello per gli Ospedali di comunità, le realtà intermedie tra l'assistenza domicilia-

re e il ricovero ospedaliero: delle 36 previste proprio il dossier dell'Agenas dice che non sono state attivate. Il Pnrr prevede poi un percorso particolare, quello delle Cot, le Centrali operative territoriali, che hanno un ruolo di coordinamento tra la presa in carico della persona e il raccordo tra la rete di professionisti che se ne deve occupare per assicurare continuità, accessibilità e integrazione dell'assistenza sanitaria. Anche qui, secondo la rico-

gnizione di Agenas, delle 59 Cot previste nella Regione Lazio, tutte sono in attesa di apertura.

IL QUADRO

Ovviamente il Lazio, vuoi per numero di abitanti, vuoi per le diverse realtà territoriali, è tra le Regioni che proprio nel Pnrr aveva previsto un maggior impegno per le tre realtà. In tutta Italia, infatti, il Piano di ripresa e resilienza prevede 1.525 Case della comunità (con Roma e il resto delle Province terze a livello nazionale dopo le 211 della Lombardia e le 191 della Campania), e poi 524 Ospedali di comunità (qui, la parte del leone spetta al Veneto con 71, poi la Lombardia con 70, la Campania con 57, la Sicilia con 43, la Puglia con 38). Sulle

Centrali operative territoriali, invece, in tutta Italia il Pnrr ne prevede 650: sul gradino più alto del podio c'è la Lombardia con 104 e

poi la Campania con 83.

DOVE

Nel Pnrr sono previste 19 Case di comunità nella Asl Roma 1, 22 nella Roma 2, 8 nella Roma 3, 11 nella Roma 4, 20 nella Roma 5, 11 nella Roma 6, 17 a Frosinone, 15 a Latina, 7 a Viterbo e 5 a Rieti. Quanto agli Ospedali di comunità, invece, la loro presenza è maggiore in provincia (8 dei 36 sono previsti nelle Asl della Capitale). Delle 59 Centrali operative territoriali, invece 10 andrebbero nel territorio della Asl Roma 1 (coinvolgendo anche le aziende ospedaliere Policlinico Umberto I, San Giovanni e Sant'Andrea), 9 nella Roma 2 (con l'intervento anche del Policlinico Tor Vergata e dell'Ifo) e 6 nella Roma 3 (con una che sarà realizzata nello Spallanzani). Un investimento complessivo di 265 milioni di euro.

Giampiero Valenza

giampiero.valenza@ilmessaggero.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità, un piano per gli ospedali

► Il progetto della Regione: ci saranno investimenti per i macchinari e le sale operatorie
 ► Secondo l'agenzia Agenas, le opere per le case della salute sono ancora bloccate

Con le risorse del Pnrr meno ospedali di comunità e case della salute rispetto a quelli previsti e più macchinari all'avanguardia per migliorare i servizi sanitari nei nosocomi. Cioè tomografi per risonanze e Pet, angiografi in 3D o bracci meccanici, indispensabili per ridurre le liste d'attesa. Francesco Rocca ripete appena può che i fondi del Recovery per il Lazio (17 miliardi di euro) sono «un potenziale importante per la trasformazione della nostra re-

gione». Aggiunge che «va rispettata assolutamente la scadenza del dicembre del 2026». Ma la giunta sta valutando di modificare le risorse per queste strutture per avere più soldi per le apparecchiature. Intanto Agenas fa sapere che ospedali di comunità e case della salute sono al palo.

Pacifico e Valenza
 alle pag. 46 e 47

Strumenti e sale hi-tech per potenziare gli ospedali

► La Regione vuole rinforzare i nosocomi ► Ribadito il rispetto della scadenza del 2026 usando una parte dei finanziamenti Ue ► In ballo investimenti per circa 700 milioni

LA STRATEGIA

Con le risorse del Pnrr meno ospedali di comunità e case salute rispetto a quelli previsti e più macchinari all'avanguardia per migliorare i servizi sanitari nei nosocomi. Cioè tomografi per risonanze e Pet, angiografi in 3D o bracci meccanici chirurgici, indispensabili per ridurre le liste d'attesa per screening e interventi. Francesco Rocca ripete appena può che i fondi del Recovery per il Lazio (17 miliardi di euro) sono «un potenziale importante per la trasformazione della nostra regione». E seppure non nasconde che «alcuni interventi probabilmente avranno bisogno di una rilettura e rivisitazione», aggiunge che «va rispettata assolutamente la scadenza del dicembre del 2026». Ma ci sono pezzi del Pnrr - soprattutto sul versante sanitario - che fanno scattare qualche perplessità nel nuovo corso di via Cristoforo Colombo. Non a

caso nei giorni scorsi lo stesso governatore - ma il concetto l'aveva sottolineato anche in campagna elettorale - ha scandito: «Io il personale per riempire gli ospedali di comunità penso che non ce l'avrò. Tra tre anni avremo queste strutture senza avere personale. Sono scelte che non so perché sono state fatte, se non per eccessivo ottimismo». Specificando, anche in questa occasione, che vanno comunque rispettati gli impegni presi dalla precedente amministrazione regionale.

Proprio la giunta Zingaretti ha deciso di finanziare in sanità con il Pnrr interventi per quasi 700 milioni di euro. Le regole del Recovery, su questo fronte, impongono di impegnare i fondi in strutture già esistenti, non in nuovi ospedali. E nella cifra utilizzata, un terzo (per la precisione 265 milioni) andrà per riconvertire nel Lazio siti già funzionanti in 135 case della salute (valore 158,5 milioni), in 36 ospedali di comunità (86,5 milioni) e in 59 centrali operative territoriali. Strutture, secondo l'Agenas, che sono ferme al palo. Le case della salute hanno un

impatto prettamente sociosanitario e vedono coinvolti anche i medici di base; gli ospedali di comunità puntano a garantire un'assistenza a basso impatto, sono principalmente dedicati alle riabilitazioni e necessari, di solito, per alleggerire la pressione sui grandi nosocomi. Che invece dovranno essere sempre più destinati alla cura dei malati acuti, quelli più gravi. Ma questo schema, fanno notare in Regione, si scontra con una realtà sempre più complessa in tutto il Lazio: qui soltanto nel pronto soccorso mancano 400 dottori, lo stesso gap numerico si registra nella medicina di base, senza dimenticare che le strutture necessari-



tano oggi di 7mila infermieri in più.

RIMODULAZIONE

Da qui nascono i timori di Francesco Rocca. A fine aprile il governatore, che si è tenuto la delega sulla sanità, ha istituito una cabina di regia per monitorare l'avanzamento del Piano nazionale di ripresa e resilienza sia nella Missioni 6 Salute e in quella 1. È molto complicato, stando alle regole della Ue, reindirizzare fondi già impegnati, però nulla osterebbe alla Regione di rimodulare il totale (i quasi 700 milioni) sui capitoli previsti. In poche parole, e visto il personale a disposizione, i tecnici di via Cristoforo Colombo stanno

studiando di ridurre il numero di case della salute (che per esempio non devono scendere sotto quota 100), ospedali di comunità e centrali operative territoriali da realizzare, per recuperare fondi da destinare alle altre finalità del Recovery sanitario: l'acquisto di nuove strumentazioni mediche o la digitalizzazione dei dati. Per esempio, l'ex assessore alla Sanità aveva destinato 102,8 milioni di euro per ammodernare le attrezzature, comprando tomografi per risonanze e Pet, angiografi in 3D o bracci meccanici chirurgici. In quest'ottica, riducendo il numero delle strutture di prossimità, si potrebbero trovare fondi per acquista-

re più apparecchiature necessarie per interventi d'eccellenza e per ridurre le liste d'attesa.

Francesco Pacifico

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CRITICITÀ

1 Tempi stretti

L'attuazione dei progetti del Pnrr, il Piano nazionale di ripresa e resilienza, prevede tempi stretti che non sempre si conciliano burocrazia e scelte politiche

2 La gestione delle cure

Più volte la politica ha detto di voler rivedere l'intera filiera delle cure: dai casi acuti che necessitano di interventi tempestivi alle cronicità



3 Gli organici al lavoro

Con il personale ridotto all'osso, medici e infermieri sono costretti a turni pesanti per coprire il servizio, anche quello dei reparti di emergenza

A PREOCCUPARE IL GOVERNATORE ANCHE LA CARENZA DI PERSONALE: NEI PRONTO SOCCORSO MANCANO 400 MEDICI



Pazienti ricoverati in un ospedale della Capitale, tra i nodi i pochi medici nei pronto soccorso



LA ASL 1 IN ABRUZZO Attacco hacker: pubblicati i dati, anche di MMD

DI **ILARIA PROIETTI**
A PAG. 15



Abruzzo sotto attacco, sul web i dati sanitari “A rischio anche quelli di Messina Denaro”

Ipirati informatici sono passati dalle minacce ai fatti alle latitudini abruzzesi: a sette giorni dall'inizio del cyber-attacco, dopo la scadenza dell'ultimatum, hanno puntualmente pubblicato i primi 10 giga esfiltrati dal database della Asl1 potenzialmente riguardanti una platea di circa 300 mila cittadini più uno: anche l'ex superlatitante Matteo Messina Denaro, affetto da un tumore al colon, è in carico all'azienda sanitaria in questione e in particolare al reparto oncologia dell'ospedale San Salvatore dell'Aquila dove è stato trasportato peraltro lo scorso 1° marzo per una serie di controlli, in particolare una tac non presente all'interno della stanza infermeria realizzata all'interno del carcere di massima sicurezza di Preturo dove è recluso al 41 bis. “Non è affatto escluso che tra il materiale sin qui trafugato vi siano anche quello relativo alle cartelle cliniche dei pazienti reclusi nel carcere di massima sicurezza, a partire da Messina Denaro”, spiega il consigliere regionale del Movimento 5 Stelle, Giorgio Fedele, che ieri si aspettava chiarezza dai vertici della regione: sul riscatto per decriptare le informazioni richiesto dagli hacker che hanno rivendicato l'attacco e soprattutto sulle procedure attivate per contrastarlo. Ma il governatore Marco Marsilio ha disertato l'incontro invocando un “doveroso riserbo” fino al termine delle in-

dagini in corso quando verranno assunte le decisioni “in ordine alle eventuali responsabilità accertate”. Lo stesso ha fatto il direttore generale dell'azienda sanitaria, Ferdinando Romano: ieri nemmeno lui si è presentato a rendere l'informativa richiesta di fronte alla commissione sanità del consiglio regionale. Buio assoluto dunque sull'entità del danno subito (cioè sulla quantità e qualità di dati esfiltrati) né sull'efficacia della risposta del gruppo intervento di sicurezza informatica: quel che si sa è che l'incursione ha mandato in tilt il sistema informatico con gravi ripercussioni sull'utenza. Non è noto come saranno assicurate le prestazioni sanitarie e in particolare le attività di prenotazione degli esami clinici e come ci si regolerà per gestire il personale sanitario e amministrativo. Tra gli oltre 500 giga-byte che la cybergang dice di aver trafugato nel corso dell'attacco iniziato il 3 maggio vi sarebbero anche le cartelle dei pazienti con hiv e di quelli oncologici, oltre che informazioni amministrative e dati personali dei dipendenti dell'azienda sanitaria.

ILARIA PROIETTI





Dir. Resp.: Marco Girardo

ORISTANO

In stato vegetativo: il fratello chiede di farlo morire Decidono i giudici

Da 21 mesi è privo di coscienza, a supportare le sue funzioni vitali ci sono presidi sanitari che ora però potrebbero essere sospesi, anche se restano margini di dubbio sulla volontà e le condizioni del paziente. Andrea Manca, 58enne ex sindacalista sardo, è ricoverato in una struttura di Milis, nell'Oristanese. E il suo destino è ora

nelle mani di un giudice che deve decidere se interrompere i sostegni clinici, e così decretarne la morte.

Ognibene

a pagina 10

In stato vegetativo, cure interrotte? La vita di Andrea in mano al giudice

FRANCESCO OGNIBENE

Andrea deve morire. Lo dicono la legge, i medici, le figure che lo rappresentano: tutto a posto, si direbbe. Ma in un destino così drammatico che pare ormai scritto c'è qualcosa che invita a non archiviare in fretta la notizia come una procedura inesorabile, e a riflettere con grande attenzione - e altrettanto rispetto - su quel che sta accadendo nella struttura della Fondazione Istituti riuniti di Assistenza sociale di Milis, in provincia di Oristano. In questa realtà assistenziale specializzata in servizi ad anziani e disabili è ricoverato Andrea Manca, ex sindacalista Cgil di 58 anni di Solarussa, in stato vegetativo ormai da 21 mesi. Era il 22 luglio 2021 quando l'uomo, colpito dal Covid, ebbe un infarto, con arresto cardiaco. Le sue condizioni apparvero subito disperate, con l'arrivo in ospedale in una situazione di coma post-anossico, ovvero con l'organismo che per alcuni minuti era rimasto privo di ossigeno. In questi casi i danni cerebrali sono gravissimi, anche se ci sono pazienti dei quali si riescono a rivitalizzare alcune funzioni. Purtroppo Andrea non fa parte di questa casistica: per i medici la sua è una «prognosi di recupero negativa rispetto alla coscienza». Sappiamo che, dal caso Englaro (2009) in poi, per capirci, la scienza ha esplorato nuove possibilità diagnostiche sui gravi disturbi di coscienza nelle ce-

rebrosioni acquisite, e non è detto che un paziente in stato di incoscienza da tempo non abbia una sua forma di percezione di ciò che gli accade attorno. Chi ha in cura Andrea si dice certo che non possa riprendersi, ma in queste situazioni di confine resta sempre un margine di dubbio sulla coscienza del paziente proprio grazie alle sempre nuove conoscenze della neurologia. Un'area di incertezza che potrebbe indurre a non arrivare a quella che sembra la conclusione inevitabile. Perché con l'udienza di lunedì si è conclusa la fase istruttoria condotta sul caso dal giudice della sezione civile del Tribunale di Oristano Gabriele Bordiga, cui si era rivolto il fratello minore dell'uomo, Alessandro (che è anche amministratore di sostegno), per chiedere la sospensione dei presidi sanitari che sostengono le funzioni vitali di Andrea. Di lui non ci sono Disposizioni anticipate di trattamento ma testimonianze di quanti lo conoscevano, che riferiscono la sua contrarietà a restare attaccato a una macchina per vivere. La legge 219 del 2017 sulle Dat ha equiparato gli ausili meccanici per sostenere le funzioni vitali alle terapie, rendendole quindi sospensibili a richiesta del paziente. Ma in mancanza di una

volontà certa ci si è affidati al giudice, che ora deve decidere se assecondare la richiesta di far morire Andrea autorizzando a "staccare la spina" oppure disporre la prosecuzione di quelli che sono sostegni vitali in una persona in stato di "veglia a-responsiva", come dice la scienza più recente, lasciando con la stessa terminologia un margine di dubbio. In caso di decisione per la morte va capito se la struttura di Milis accetterà di farsi carico della procedura, se lo farà l'hospice di Oristano oppure un altro centro individuato dal giudice. Ma chi può dirsi certo, in una condizione fisica e umana tanto misteriosa, che la morte sia davvero la soluzione migliore?

IL CASO

21 mesi dopo l'arresto cardiaco che ha causato gravi danni cerebrali, il 58enne ricoverato in una struttura della provincia di Oristano potrebbe morire per il distacco dei supporti vitali. Ma su volontà e stato della coscienza permangono dubbi

