



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

11 Luglio 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

Nato senza occhi, dal Senegal all'Italia per l'intervento



Nato senza occhi per una rara malformazione, Mouhamed sta per compiere un anno. Grazie a una rete di solidarietà, è arrivato in Italia, dove è stato operato per ricevere delle protesi oculari che cresceranno insieme a lui e gli permetteranno di avere un volto come gli altri bimbi. La vita di Mouhamed comincia in Senegal nel luglio 2022, con una rara malformazione, ma nel suo Paese nessuno ha le possibilità di aiutarlo. È affetto da anoftalmia, una patologia congenita che determina la mancata formazione, durante la vita in utero, delle vescicole ottiche. Pochi giorni dopo però, la vita del piccolo prende una piega differente. Il 29 luglio il papà, residente a Milano per lavoro, scrive una mail al direttore di Osservatorio Malattie Rare, Ilaria Ciancaleoni Bartoli. Si mette in moto un meccanismo grazie al quale il piccolo arriva con la mamma dal Senegal a Roma, ospite dell'Associazione Kim. "La mancanza dei bulbi oculari - spiega Alessandra Modugno, direttore di Ocularistica italiana, centro specializzato nella produzione di protesi oculari per bambini affetti da malformazioni - non può essere sopperita se non dalle protesi. Quindi a Mouhamed sono state applicate protesi di grandezza crescente per espandere



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

gradualmente la cavità dove non c'è l'occhio. Non recupererà mai la vista, ma questi dispositivi hanno raggiunto una qualità estetica elevatissima e permettono di dare espressività allo sguardo". "L'anoftalmia", spiega Andrea Bartuli, responsabile dell'ambulatorio malattie rare dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù - come la maggior parte delle malattie rare, sono condizioni che richiedono una stretta collaborazione tra specialisti".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

Morti in ospedale: il libro mastro del racket delle pompe funebri

11 LUGLIO 2023

PALERMO – “Mario... ti posso dare cinquecento euro... ti avevo promesso mille euro...”, diceva Salvatore D’Ambrogio a Mario Napoli e Sergio Giannusa, due dei diciotto arrestati nel blitz di ieri della squadra mobile. L’intercettazione viene inquadrata dagli investigatori alla voce “racket delle pompe funebri”.

I boss di Resuttana pretenderebbero il pizzo dagli impresari che si “accaparrano” il funerale dei pazienti in caso di decesso all’ospedale Villa Sofia. Gennusa faceva i conti: “Mario questi sono quelli di Totino, tremila e trecento euro, cinquecento ce li ha dati e gli dobbiamo mettere la data: 30/12/2021”. C’era, dunque, un libro mastro con le cifre annotate. Vi finì annotato anche D’Ambrogio, pregiudicato per estorsione aggravata dal metodo mafioso.

Ci furono degli screzi con un altro impresario funebre: “Gli dici che se ne vanno, se ne devono andare tutti”, diceva Giannuso. Ad un altro ancora veniva imposto il pizzo su ogni cassa da morto venduta: “Vedi che questo mese non ne pago, cumpà... voglio vedere se qualcun altro ha uscito un euro”, aggiungeva il titolare di un’agenzia di pompe funebri.

Storia vecchia, ma sempre attuale. Qualche mese fa si è scoperto che era stato creato un reticolo di onlus per mettere le mani sul trasporto dei malati e sui servizi funebri all’interno di altri due ospedali pubblici (Civico e Policlinico) e nelle cliniche private di Palermo. Per qualcuno la morte è un affare. Come avvoltoi si piazzano nei reparti degli ospedali dove morire è un rischio concreto. A descriverlo fu Filippo Bisconti, pentito di mafia ed capo del mandamento di Belmonte Mezzagno. Parlò di una turnazione fra impresari funebri. Oggi tocca a uno, domani a un altro.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Asp di Catania, accordo in arrivo su incentivi e buoni pasto

Sono alcuni dei temi sollevati dalla Fials nel corso della riunione di delegazione trattante che si è svolta ieri.

11 Luglio 2023 - di **Redazione**



Velocizzare il contratto integrativo aziendale e approvare subito il regolamento per il pagamento telematico dei buoni pasto. Sono alcuni dei temi sollevati dalla **Fials** nel corso della riunione di delegazione trattante che si è svolta presso i locali dell'Asp di Catania. Per la Fials era presente il dirigente sindacale **Giovanni Fallica**. Sono stati raggiunti **accordi di massima** su diversi punti, la cui attuazione dovrebbe portare un clima di maggiore serenità tra i lavoratori. La Fials, organizzazione sindacale guidata in provincia da **Agata Consoli**, si è impegnata affinché in tempi brevi si possa dare concretezza agli accordi con l'amministrazione. In particolare in tema di **incentivi 2022**, è stato chiesto il pagamento a luglio, nonostante ancora sembrerebbero mancare talune ulteriori valutazioni, per quanto riguarda l'approvazione del regolamento aziendale per i Dep, le ex fasce economiche, *"con questo accordo- spiega la Fials- dovrebbe essere coperta la quota di personale che non ha potuto avere accesso alla fascia economica ultima 2022/2023 e coloro i quali non hanno mai conseguito nessuna fascia. A tal proposito, per velocizzare l'iter, sarà stralciato il relativo regolamento dal resto del*



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Contratto collettivo integrativo aziendale». Quindi spazio al regolamento **buoni pasto**: «È stata sollecitata l'adozione del regolamento relativo ai buoni pasto. Sarà al più presto valutato ed eventualmente approvato apposito progetto ai fini del conferimento telematico dei buoni pasto. Tale progetto sarà tra quelli che saranno riproposti in settimana alla Rsu per una ulteriore valutazione. Infine sul **contratto integrativo aziendale**, la sua valutazione inizierà ad agosto».

Terapie digitali, il 70% dei pazienti le userebbe ma solo se rimborsabili

Investimenti

Decreto tra 18 mesi

Se ne parla già da alcuni anni, eppure le terapie digitali (Dtx) - il cui principio attivo è costituito da un software o da un algoritmo e sono "somministrate" attraverso app e software, anche grazie a sensori e altri dispositivi medici, per indurre cambiamenti comportamentali e aiutare i pazienti nella gestione delle patologie croniche - nel Radar messo a punto dell'Osservatorio del Politecnico di Milano, hanno un orizzonte temporale di medio termine, tra i 3 e i 5 anni. «Per arrivare a un livello di diffusione tale per cui le terapie digitali diventano pratica clinica, l'orizzonte che intravediamo è più lontano rispetto alla loro entrata sul mercato - dice Chiara Sgarbossa, direttrice dell'Osservatorio Life Science Innovation - Come è successo per la telemedicina, non basta che siano approvate e rimborsate, ma bisogna poi inserirle nei percorsi di cura e capire come renderle scalabili». Anche la commercializzazione non è dietro l'angolo. In primis per l'assenza di un adeguato iter normativo: in Europa l'approvazione spetta al singolo Paese e in Italia non è ancora stato definito l'ente predisposto per la loro approvazione. Lo scorso maggio, però, è stato istituito un Intergruppo Parlamentare apposito che si è dato

come obiettivo quello di attuare un decreto tra 18 mesi. Superato questo snodo, resta da definire il prezzo e il rimborso, ma anche un cambiamento organizzativo, in quanto le Dtx vanno inserite nei processi di cura. «Occorre capire come raccogliere e utilizzare i dati, così come serve formare i medici e i pazienti affinché le utilizzino correttamente» precisa Sgarbossa. Se si guarda all'estero, dove già sono disponibili, vediamo che fanno fatica a diffondersi, e Pear Therapeutics, la società americana di Boston che per prima ha avuto l'ok dell'Fda per tre farmaci digitali prescrivibili (contro l'abuso di sostanze e l'insonnia) lo scorso aprile ha presentato istanza di fallimento. Le terapie digitali rappresentano dunque un ambito promettente, ma non mancano sfide alla loro diffusione sia a livello nazionale sia internazionale.

Comunque, nonostante la limitata chiarezza dal punto di vista normativo, anche in Italia, le aziende del settore Life Science guardano con fiducia alle opportunità offerte dalle Dtx e oltre un terzo sta già investendo in quest'ambito. «Il potenziale innovativo di queste tecnologie è riconosciuto anche dai professionisti sanitari e dai pazienti - riporta Sgarbossa - Per il 58% degli

specialisti avranno un impatto elevato sulla pratica clinica e circa il 70% dei pazienti è disposto a utilizzarle, ma a patto che siano rimborsabili». Infatti 9 aziende su 10 considerano l'assenza di rimborsabilità delle Dtx come l'ostacolo principale per la loro commercializzazione in Italia. «Qualora si volesse sviluppare un modello B2C, viceversa, si dovrebbe tener conto che la metà dei pazienti italiani dichiara di non essere disposta a pagare per queste soluzioni. Per i medici specialisti la modalità di commercializzazione più plausibile prevedrebbe un rimborso parziale da parte del servizio sanitario, a fronte di un'integrazione (ticket) da parte del paziente» conclude Sgarbossa. La maggior parte delle aziende, in assenza di rimborsabilità, ritiene che offrire una Dtx in combinazione con altri prodotti e/o servizi (come un dispositivo indossabile per la raccolta di parametri) rappresenti in Italia, il modello di business più sostenibile.

— Fr.Cc.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'OFFERTA
Senza rimborso, le terapie digitali sarebbero offerte in associazione ad altri prodotti



Malattie rare, al via piano da 50 milioni per superare le disparità nelle cure

La strategia

Dai farmaci alle diagnosi

Ventacinque milioni l'anno per due anni (il 2023 e il 2024) come primo finanziamento per sostenere le misure del nuovo Piano nazionale delle malattie rare 2023-2026, che punta a «superare le spequazioni e le disuguaglianze nella cura e nell'assistenza, tra le Regioni ma anche all'interno delle Regioni stesse». Così ieri il sottosegretario alla Salute Marcello Gemmato alla presentazione del nuovo Piano i cui contenuti sono stati presentati in un incontro con gli enti e le associazioni dei pazienti al ministero della Salute. «Sono afflitte da queste patologie 2 milioni di persone uniformemente distribuite sul territorio che però vedono in alcune aree l'arrivo veloce a una terapia e altre dove invece non c'è questa possibilità. Sicuramente - ha detto Gemmato - i fondi stanziati non bastano, nel senso che non c'è limite a quanto si debba stanziare» in questo settore, ma si lavorerà a «nuovi modelli organizzativi che possano andare incontro ai cittadini, cercando di ridurre le disuguaglianze e fare in modo che la diagnosi precoce avvenga per un

numero sempre maggiore di persone. Stiamo omogeneizzando l'offerta nei confronti delle persone affette da malattie rare».

Diverse le novità che le associazioni dei pazienti salutano positivamente. Per Annalisa Scopinaro, presidente di Uniamo, la Federazione delle malattie rare, è importante, per esempio, «la parte relativa ai trattamenti di fascia C, agli integratori. È prevista una commissione per cercare di uniformare i trattamenti tra le Regioni. Ed è da sottolineare anche che siano state introdotte, come capitolo a parte, le cure non farmacologiche». «Con questo piano si va nel concreto. La persona viene vista nella sua interezza con tutti i suoi bisogni, dal trattamento farmacologico alla riabilitazione, fino alla parte del sociale, con gli educatori e la psicomotricità. Si fa un passo avanti sull'assistenza concreta - ha concluso Scopinaro - affrontando tutti gli aspetti, dalla diagnosi alle possibilità di una maggiore ricerca».

Proprio oggi Uniamo presenta il

suo nuovo rapporto MonitoRare sulla condizione delle persone con malattia rare in Italia: «Occorre che la specificità delle malattie rare sia sempre più compresa e tutelata, occorre che alle parole facciano seguito i fatti». Tra questi a esempio i provvedimenti attuativi del testo unico sulle malattie rare (legge 175/2021) approvato due anni fa e ancora non emanati: dal sostegno alla ricerca sulle malattie rare allo sviluppo dei farmaci orfani fino al fondo di solidarietà per il sostegno del lavoro di cura e assistenza delle persone affette da malattie rare.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'obiettivo è garantire l'accesso alle terapie in tutta Italia allo stesso modo per i due milioni di italiani con malattie rare



Mancano all'appello 89 progetti

Anziani, disabili e senza tetto altri soldi non spesi del Pnrr

In otto Regioni
sono finanziate meno
iniziative del previsto
per le persone fragili

di Giuseppe Colombo

ROMA – I fondi sono stati assegnati alle Regioni. Non tutti, però, perché i progetti presentati sono risultati inferiori a quelli che il Pnrr può finanziare. Soprattutto non si sa che fine hanno fatto questi soldi. «È difficile, se non impossibile – scrivono il Forum Terzo Settore e la fondazione Openpolis in un rapporto – sapere quante delle risorse assegnate sono state poi erogate ai territori e, dunque, iniziare a monitorare l'impatto nelle comunità». Che non è quello che può generare una nuova tratta ferroviaria o l'arrivo della banda larga.

Le risorse di cui si parla, in tutto 1,45 miliardi, sono destinate alle persone fragili: anziani non autosufficienti, disabili e senza fissa dimora. Nel Pnrr nato per curare le cicatrici economiche e sociali del Co-

vid, erano stati inseriti tra i soggetti a cui dedicare un'attenzione maggiore, perché hanno sofferto più degli altri durante la pandemia.

Ma non tutto è andato per il verso giusto. Dal monitoraggio emerge che in otto Regioni sono stati finanziati 89 progetti in meno rispetto ai 2.125 previsti, nonostante nove decreti ministeriali, due riaperture dei termini dei bandi e svariati scorimenti di graduatorie. Si è salvato solamente l'investimento (circa 500 milioni) per la riconversione delle residenze sanitarie assistenziali (Rsa) e delle case di riposo in gruppi di appartamenti autonomi. In questo caso, le risorse sono state quasi interamente assegnate. Al contrario, non si sono riusciti a collocare circa 90 milioni dei 500 previsti per abbattere le barriere architettoniche e favorire l'inclusione lavorativa. Così come sono rimasti

sulla carta circa 50 milioni per aiutare gli oltre 96 mila senza fissa dimora a trovare una soluzione temporanea, all'interno di appartamenti per piccoli gruppi.

È saltato anche un altro obiettivo del Pnrr, che prevede l'assegnazione alle Regioni del Mezzogiorno di almeno il 40% delle risorse allocabili territorialmente. L'asticella si è fermata al 33,6%. E nel Rapporto spunta anche una critica al governo, per «il mancato coinvolgimento del Terzo settore, che mette a rischio la qualità degli investimenti e l'efficacia degli interventi di welfare».

PER INFORMAZIONI RISERVATE

1,45 mld

Risorse

Per le persone fragili e senza fissa dimora 1,45 miliardi

2.125

Progetti

Finanziati 89 progetti in meno rispetto ai 2.125 previsti



POLITICHE PER GLI ANZIANI

In aumento gli italiani over 50 in condizioni di fragilità: oltre 11 milioni

L'Italia è tra i primi Paesi al mondo per longevità, ma la fragilità della popolazione cresce più velocemente dell'aspettativa di vita, mentre il sistema sociosanitario è chiamato a uno sforzo titanico per adeguare l'offerta di cure domiciliari (Adi) e residenziali (Rsa) ai bisogni clinico-assistenziali delle fasce più vulnerabili. Negli ultimi dieci anni, gli italiani over-50 in condizioni di fragilità (sia essa lieve, moderata o severa) sono passati dal 26 al 40% della popolazione, superando gli 11 milioni di persone. Ma il dato che preoccupa maggiormente riguarda l'espansione della prevalenza di fragilità severa che si è più che raddoppiata, arrivando a interessare oltre 1 milione di over-50, soprattutto ultrasettantenni. Senza trascurare i 2,5 milioni di over-50 affetti da fragilità moderata. Come avvenuto durante la pandemia, gli anziani affetti da fragilità severa vanno maggiormente incontro a disabilità grave, ospedalizzazioni ricorrenti e presentano un rischio relativo di morte a un anno di 35 volte superiore rispetto a quello della popolazione senza fragilità. A documentare questo scenario è l'indagine "Trend di fragilità e long-term care in Italia" realizzata da Italia Longeva in collaborazione con la Simg (Società italiana di medicina generale) e la direzione della Programmazione sanitaria del ministero della Salute, che sarà presentata oggi al ministero della Salute nel corso degli Stati Generali dell'Assistenza a lungo termine "Long-Term Care Eight". Per la prima volta in Italia, grazie alla sinergia tra geriatri e medici di medicina generale e con il contributo di Davide Vetrano, professore associato di geriatria al Karolinska Institutet di Stoccolma, è stata realizzata una misurazione su larga scala della fragilità nella popolazione over-50, prendendo in esame oltre 8 milioni di cartelle cliniche di pazienti in carico ai Mmg tra il 2011 e il 2021. Comprendere come evolve la condizione di fragilità, da cosa è influenzata e in quali aree del Paese si concentra, è un fattore chiave per una buona programmazione sociosanitaria, sia a livello nazionale che regionale. Ecco perché ci siamo focalizzati su questo aspetto e, al contempo, abbiamo analizzato il rapporto tra il tasso di fragilità negli over-65, l'offerta regionale di servizi di Adi e i posti letto nelle Rsa. E se è vero che la pandemia ci ha messo di fronte alla sfida di ripensare la sanità del territorio, a tre anni di distanza, il quadro che

emerge rispetto al panorama dell'assistenza a lungo termine è ancora una volta eterogeneo lungo la penisola: solo le regioni del Nord (Piemonte, Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia e Trentino-Alto Adige) insieme a Marche e Toscana offrono servizi di Adi o Rsa proporzionati al numero di anziani con fragilità severa residenti nella stessa regione. Nel resto d'Italia, siamo in presenza di servizi che, seppur in lieve crescita, rimangono sottopotenziati rispetto ai reali bisogni degli anziani. L'analisi fatta da Italia Longeva dei dati del ministero della Salute su Adi e Rsa conferma di fatto una costante della nostra sanità: l'assistenza è più carente laddove è più necessaria. Il trend della fragilità, infatti, segue un gradiente via via crescente da Nord a Sud: la Campania è la regione con la più alta prevalenza di fragilità moderata-severa (in media del 15,3%), seguita da Sicilia (13,9%), Puglia (12,9%), Calabria (12,6%) e Umbria (12,3%). Senza dubbio, il timido incremento dell'offerta di Adi e Rsa è positivo, ma non basta a soddisfare i bisogni della crescente fetta di popolazione anziana e fragile. Se non si inverte questa traiettoria, il servizio sanitario non sarà più in grado di sostenere il peso della fragilità, che va di pari passo con l'aumento del carico di patologie croniche. Il fenomeno va stretto in una morsa, da un lato investendo in prevenzione della multimorbilità e fragilità, dall'altro potenziando la rete della long-term care. Non dobbiamo né possiamo sprecare l'occasione del Pnrr: l'imperativo è destinare risorse, strutture e professionalità per garantire una risposta efficace alle necessità dei nostri anziani.

— **Roberto Bernabei**
Presidente Italia Longeva

RIPRODUZIONE RISERVATA



In Italia, la fragilità della popolazione cresce più velocemente dell'aspettativa di vita.



RISCALDAMENTO GLOBALE

La strage del clima

Studio choc su "Nature": la scorsa estate in Europa 61 mila morti per il caldo estremo. Il record in Italia con 18 mila vittime. Il Nobel Shiller: è colpa dell'uomo, passare subito a un'economia green. Giorgetti-Schlein, scontro sulla transizione verde

Oggi il Parlamento Ue vota la legge per l'ambiente. Destre contrarie

Nel 2022 per il caldo in Europa 61 mila morti, e di questi il record appartiene all'Italia con 18 mila decessi. Lo rivela un articolo di *Nature Medicine* che avverte: "Nel 2050 saranno il doppio". Il ministro dell'Economia Giorgetti dice: «Servono migliaia di miliardi per la transizione ecologica e il problema è chi paga». Elly Schlein attacca: «I deboli pagano i danni del clima». Robert Shiller, Nobel per l'Economia nel 2013, a *Repub-*

blica risponde: «Pagheremo tutti la non transizione». Intanto domani l'Europarlamento vota sul Green Deal, osteggiato dalle destre.

di **Amato, Bocci, Dusi, Occorsio e Talignani** • da pagina 2 a pagina 4

In Europa si muore di caldo la scorsa estate 61 mila vittime

Lo studio di Nature Medicine sul 2022, l'Italia paga il prezzo più alto: 18 mila vittime. "E nel 2050 saranno il doppio" Guterres: "Il cambiamento climatico è fuori controllo". Pasini: "Escalation da paura, tre gradi in più rispetto alla media"

di **Elena Dusi**

La crisi climatica ha un prezzo, e oggi lo stiamo già pagando. Il conto economico, stima l'Unione europea, ha raggiunto i 145 miliardi negli ultimi dieci anni. Tanto ci sono costati secondo Eurostat i danni degli eventi meteorologici estremi fino alla fine del 2022 (per l'Emilia Romagna c'è una fattura a parte).

Il prezzo in termini di salute invece è stato pubblicato ieri su *Nature Medicine*. Parla di 61.672 vite perse in Europa nell'estate 2022 (dal 30 maggio al 4 settembre) per il caldo. Il maggior numero di vittime – 18 mila – si è contato in Italia. A morire nell'estate che per il nostro continente è stata la più calda di sempre e in cui le temperature si

sono mantenute per tre mesi costantemente sopra alla media sono stati soprattutto gli anziani e soprattutto le donne (due su tre), che hanno un'età media più alta. «Il rischio di morire a causa del caldo aumenta col crescere della temperatura e dell'età» spiega Niccolò Marchionni, geriatra dell'università di Firenze. Anche per questo l'Italia, anziana e collocata nel sud d'Eu-

ropa, ha contato più vittime.

L'analisi di *Nature*, elaborata con i dati Eurostat dall'Istituto per la salute globale ISGlobal di Barcellona, trova riscontro nell'esperienza dei medici. «In reparto abbiamo in media cento letti occupati. La scorsa estate abbiamo viaggiato costantemente a livelli di 160-170» ricorda Salvatore Badala-



menti, direttore del Centro di medicina interna dell'Ircs Humanitas di Rozzano. «Un terzo dei cittadini del nostro territorio, Milano sud, non hanno poi un medico di famiglia stabile che possa aiutarli con il caldo».

A proposito di afa, l'estate 2022 ha picchiato duro: 2,33° in più a giugno rispetto alla media degli ultimi trent'anni, 3,56° a luglio e 2,67° ad agosto. «Ci preoccupiamo del limite di un grado e mezzo di riscaldamento climatico da non superare. La verità è che ormai andiamo per i tre» ammette Antonello Pasini, fisico e climatologo del Cnr. «Fino a qualche anno fa gli anticicloni provenienti dall'Africa erano sconosciuti alle nostre latitudini. Oggi arrivano fino alle Alpi, stabilendosi sull'Italia per giorni. È come se il clima dell'Africa si fosse trasferito da noi».

L'estate del 2022, ci dicono gli ultimi dati, non è un film del passato ma semmai un antipasto del futuro. Secondo l'Organizzazione meteorologica mondiale il pianeta, reduce dall'aver registrato il giugno più caldo, la settimana scorsa ha toccato anche il record dei sette giorni più

caldi di sempre. Il segretario delle Nazioni Unite Antonio Guterres ha ammesso: «Il cambiamento climatico è fuori controllo. Continuando a rimandare le misure necessarie finiremo in una catastrofe».

L'Italia delle 18mila vittime, che a maggio ha visto affondare l'Emilia Romagna sotto a 4,5 miliardi di metri cubi di acqua, oggi si ritrova dunque immersa in una nuova ondata di caldo. «Ce la porteremo avanti una decina di giorni, con l'eccezione di qualche temporale al Nord» prevede Carlo Cacciamani, fisico dell'atmosfera e direttore dell'agenzia governativa ItaliaMeteo. «Secondo i modelli anche il resto dell'estate sarà piuttosto calda. Tra alluvioni e ondate di calore, non capisco cosa altro ci debba accadere per renderci consapevoli del problema». Tutti gli ultimi 8 anni, in effetti, rientrano nella lista degli 8 anni più caldi del pianeta. «È come se avessimo un mazzo di carte in cui un tempo c'era un solo asso di bastoni» fa l'esempio Cacciamani. «Ora, con il cambiamento climatico, gli assi di bastoni, che corrispondono agli eventi me-

teorologici estremi, si sono moltiplicati. Le probabilità di estrarne uno dal mazzo, e di esserne colpiti ben bene, sono molto aumentate».

Evidentemente però 61mila morti e 145 miliardi non sono ancora sufficienti. La premier Giorgia Meloni ha detto chiaramente una settimana fa che la difesa dell'ambiente non può costringerci a «smantellare la nostra economia e le nostre imprese». Il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti lo ha ribadito ieri: «La transizione ecologica costa, e il problema è chi paga». La realtà però è che il conto è già nelle nostre mani. La crisi climatica sta sgretolando i nostri territori e, come dimostra ora lo studio di *Nature*, anche le nostre vite. In assenza di interventi, gli esperti dell'ISGlobal hanno già calcolato il prezzo da pagare. I 61mila morti del 2022 saranno 68mila nel 2030, 94mila nel 2040 e 120mila nel 2050. Altro che inflazione. © RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli strumenti degli scienziati: il continente diviso in 823 regioni

I picchi dei gradi e la curva dei decessi “Così si capisce quando l'afa è letale”

Allarme per il luglio
di fuoco: tra oggi
e domani sono nove
le città da bollino rosso

di **Michele Bocci**

Per comprendere l'impatto sulla mortalità di un fenomeno, in questo caso le ondate di calore, si parte dallo studio di cosa è successo negli anni precedenti. I ricercatori francesi e spagnoli hanno seguito il metodo classico dell'epidemiologia. Anche l'anno prossimo bisognerà fare la stessa cosa, visto che il luglio 2024 si annuncia pesantissimo e intanto la settimana appena iniziata sarà la più calda finora. E tra oggi e domani saranno 9 le città da bollino rosso.

Per capire cosa è successo nell'estate del 2022 hanno infatti confrontato l'andamento dei decessi con la cosiddetta “mortalità attesa”, cioè la media dei decessi avvenuti duran-

te i mesi caldi negli anni tra il 2015 e il 2019. I ricercatori spiegano nello studio di aver escluso il 2020 e il 2021, cioè gli anni più vicini a quello preso in considerazione, per evitare «interferenze legate agli effetti del Covid». E comunque, aggiungono, i risultati sarebbero stati molto simili anche se si fosse tenuto conto del periodo 2015-2020.

Il lavoro si basa sui dati di mortalità di Eurostat, cioè l'ufficio statistico dell'Unione europea. Il nostro continente è stato diviso in ben 823 regioni (con una media di circa 660 mila abitanti) e per ognuna è stato calcolato il tasso di decessi settimanale. Poi sono state studiate le temperature, attingendo al database “Era5” realizzato dal Centro europeo per le previsioni meteorologiche a medio termine. Anche in questo caso si è ricavata la media su sette giorni.

E così è stato possibile incrociare la mortalità in eccesso in un determinato periodo con la temperatura media, osservando la sua variazione con il salire delle temperature. Iniziano a esserci problemi quando la media sulle 24 ore supera i 20 gradi. «L'aspetto interessante – spiega Carlo La Vecchia, epidemiologo dell'Università di Milano che con il suo gruppo ha fatto un lavoro simile, ottenendo circa 10 mila morti in eccesso nel solo luglio 2022 – è che hanno osservato moltissime regioni, quindi elaborando dati con un livello di dettaglio ottimale. Ad esempio, nel nord Europa l'anno scorso le temperature non sono state molto al di sopra della media e per questo si è registrata una maggiore mortalità per ondate di calore nel nostro Paese ma anche negli altri a sud del continente rispetto al nord e centro Europa».

ORIPRODUZIONE RISERVATA



▲ **L'arrivo di Cerbero**

Oggi 8 città da bollino rosso



«Rispetto a Chernobyl il sistema oggi è più pronto, essenziale conoscere i rischi»

L'intervista

Fabrizio Curcio

Capo dipartimento Protezione civile

Manuela Perrone

«Un incidente alla centrale di Zaporizhzhia rientrerebbe nel terzo scenario previsto dal nostro piano nazionale di emergenza, quello riferito ai Paesi extraeuropei. L'Italia non avrebbe dunque bisogno di misure dirette di protezione della popolazione, come la iodoprofilassi, ma di attivare le misure indirette previste per gli eventi più lontani dai nostri confini. La distanza ci aiuta». A chiarirlo al Sole 24 Ore è il capo della Protezione civile, Fabrizio Curcio.

Quali emergenze copre il piano?

L'obiettivo della direttiva 2013/59 Euratom, recepita con il Dlgs 101/2020, era consentire a ogni Paese di proteggersi da incidenti di tipo impiantistico. Nel nostro caso, non avendo centrali nucleari, è stato quello di costruire un sistema di protezione da eventi che accadono oltrefrontiera.

La centrale ucraina di Zaporizhzhia, la più grande d'Europa, è sorvegliata speciale. Il nostro piano risale al 9 marzo 2022. Va aggiornato?

Abbiamo recentemente posto all'Istituto nazionale per la sicurezza nucleare e la radioprotezione il quesito se il piano possa applicarsi anche in caso di incidenti diversi da quelli classici di tipo industriale. La risposta, tecnica e molto

approfondita, è stata positiva.

Qualunque evento dovesse verificarsi nella centrale di Zaporizhzhia può essere affrontato con il piano già redatto. Saremmo nell'ambito del terzo scenario, quello riferito a incidenti nei Paesi extraeuropei, e l'Italia non avrebbe bisogno di misure dirette di protezione della popolazione, come la iodoprofilassi, ma soltanto di attivare le misure indirette previste per gli eventi più lontani dai nostri confini, essenzialmente controlli sulla filiera alimentare, agricola e zootecnica. La distanza ci aiuta. Per un evento di questo tipo scatterebbe inoltre anche un coordinamento europeo.

La iodoprofilassi resta quindi prevista unicamente per incidenti severi entro i 200 chilometri dai confini, di fatto tra Slovenia, Francia, Germania e Svizzera. Abbiamo scorte sufficienti di compresse di iodio stabile?

Preciso che la somministrazione dovrebbe avvenire fino a due ore dopo l'inizio dell'esposizione e non riguarderebbe l'intera popolazione, ma solo chi si trova nelle aree più prossime alle centrali interessate. I ministeri della Salute e dell'Interno lavorano per l'acquisizione continua del farmaco, il cui fabbisogno tiene conto anche delle scorte strategiche collegate a piani diversi di difesa civile.

Anche sulla pandemia avevamo un piano, ma lei ha vissuto in prima persona la distanza tra programmazione e realtà...

Ci sono scenari più classici e ce ne sono altri - la pandemia è uno di

questi, la sicurezza nucleare ne è un altro - dove si fanno delle ipotesi, realistiche, che poi però possono non essere perfettamente allineate con la realtà. Io considero il piano un punto di riferimento essenziale che mette in fila procedure, organizzazione, amministrazioni e attività. Poi è lo stesso documento del 2022 a sottolineare che gli obiettivi e le azioni per la gestione dell'emergenza non sono esaustivi o esclusivi. Ci vuole un bagno di razionalità: il piano serve, è fondamentale, ma non è salvifico.

Un anno fa lei disse: «Il piano c'è, ma speriamo di non doverlo mai usare». Possiamo comunque rassicurare? L'Italia di oggi è più attrezzata dell'Italia del 1986 ad affrontare una nuova Chernobyl?
L'Italia è esposta a rischi, naturali e non, e io più che rassicurare, termine che si presta a fraintendimenti, invito a conoscere i pericoli a cui siamo esposti per sapere come comportarsi in emergenza. Tornando al nucleare, gli strumenti di cui oggi disponiamo sono molto più evoluti rispetto a quelli del 1986. Abbiamo strutture dedicate, una rete nazionale e internazionale con l'Aiea come riferimento, un'organizzazione. Certamente il sistema è più pronto.

È RIPRODUZIONE RISERVATA



I trend

Innovazioni, ecco
l'impatto sulla sanità

Francesca Cerati — a pag. 24

L'impatto delle innovazioni su aziende, medici e pazienti

I trend. La ricerca dell'Osservatorio Life Science Innovation di Milano mostra l'orizzonte temporale delle tecnologie future in ambito sanitario per impostare strategie e obiettivi nel medio-lungo termine

Francesca Cerati

Quando e quanto si diffonderanno le innovazioni digitali in ambito sanitario? Questa l'indagine condotta dall'Osservatorio Life Science Innovation del Politecnico di Milano che sarà presentata dopodomani in cui si analizzano i trend d'innovazione - soprattutto quelli emergenti e meno consolidati - così da poter definire le strategie e gli obiettivi nel medio-lungo termine per gli attori coinvolti in questo settore.

«In questo momento storico, affrontare l'innovazione tecnologica e digitale nel settore Life Science focalizzandosi troppo sul breve-medio periodo potrebbe minare la capacità delle aziende di affrontare correttamente la trasformazione in atto e a predisporre le risorse necessarie - premette Chiara Sgarbossa, direttrice Osservatorio Life Science Innovation del Politecnico di Milano - Viceversa, è opportuno che si adottino, come è già avvenuto in altri settori industriali a eleva-

ta intensità di conoscenza e di innovazione, metodologie strutturate di foresight, che consentano di esplorare i possibili scenari futuri, oltre i 5 anni. In pratica, occorre guardare a uno scenario il più macroscopico possibile, politico e sociale per capire qual è il proprio ruolo in quel futuro». Perché è in quel lasso temporale che ci saranno le innovazioni tecnologiche che permetteranno di imprimere un

cambiamento importante a questo ecosistema: dai digital twin agli studi in silico, dalla realtà estesa al metaverso, dalla robotica chirurgica, assistiva e riabilitativa fino alle terapie digitali.

«Secondo la ricerca dell'Osservatorio, la medicina in silico avrà un impatto molto rilevante nel medio-lungo periodo (oltre 5 anni). Sono ancora diverse però sfide da affrontare per promuoverne la diffusione: da un lato, serve rafforzare il processo di digitalizzazione dei dati e uno standard per garantirne l'omogeneità; dall'altro, è importante comprendere, da un punto di vista regolatorio, i limiti e le opportunità legate alla possibilità di un loro uso secondario in formato digitale».

Sempre dall'indagine emerge che le tecnologie di realtà estesa incuriosiscono i pazienti: il 49% sarebbe interessato a utilizzarle per migliorare lo stato di salute o per un trattamento. «Dal nostro radar emerge che questo trend, seppur spostato in là nel tempo rispetto alla telemedicina e all'intelligenza artificiale per l'analisi di dati e immagini, potrebbe arrivare prima delle terapie digitali e del metaverso»

E anche se realtà virtuale e aumentata sono alla base del metaverso, quest'ultima tecnologia non è ancora una priorità delle aziende del settore, rispetto agli altri ambiti di innovazione analizzati. Tre le sue possibili applicazioni in ambito sanitario: la formazione dei clinici; la telemedicina immersiva,

dove medici e pazienti possono incontrarsi e interagire; la riabilita-

zione neuro-motoria e cognitivo-mentale, dove scenari immersivi si stanno dimostrando uno strumento terapeutico efficace in grado di agire sullo stato fisico e psico-emozionale del paziente.

È infine interessante notare l'orizzonte temporale della robotica. «Se la robotica chirurgica rappresenta un ambito di innovazione presente sul mercato da oltre 20 anni, la robotica assistiva e quella riabilitativa avranno un impatto nel lungo termine e le aziende del settore Life science (80%) e i professionisti sanitari (68%) concordano sul fatto che avranno un impatto rilevante sulla pratica clinica» precisa Sgarbossa.

In ogni caso, si evidenzia nella ricerca dell'Osservatorio, per at-



trezzarsi rispetto alle innovazioni che arriveranno occorre saper leggere e integrare fonti d'informazione eterogenee, con dati qualitativi e quantitativi. Circa 7 aziende (pharma e medtech) su 10 utilizzano sorgenti informative tradizionali (come analisi dei competitor, report istituzionali, analisi di mercato, opinione di esperti clinici). Dopodichè, la maggior parte delle aziende (69%) passa direttamente al forecasting delle vendite – soprattutto quelle che sono filiali commerciali – mentre il 60% circa prova ad approfondire con metodi qualitativi (per esempio workshop sia ester-

ni che interni). Anche le aziende sanitarie dichiarano che le attività di pianificazione strategica sono difficilmente orientate al lungo periodo: la maggior parte (63%) analizza le innovazioni emergenti con un orizzonte di breve-medio periodo (fino a 5 anni).

L'INNOVAZIONE RISERVATA

Le tecnologie di realtà virtuale e aumentata incuriosiscono i pazienti: il 49% sarebbe interessato a utilizzarle



CHIARA SGARBOSSA
Direttrice dell'Osservatorio Life Science Innovation del Politecnico di Milano

Gli orizzonti dei trend tecnologici in sanità

SCIENZE DELLA VITA, IL RADAR SULLE INNOVAZIONI DIGITALI

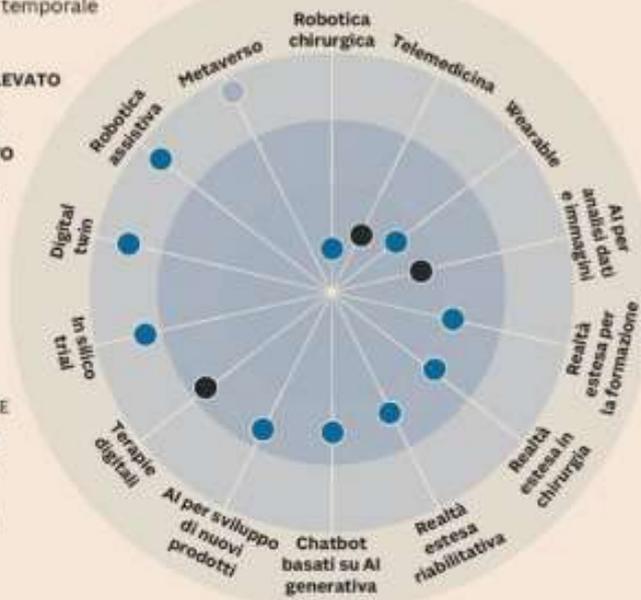
I principali trend in Italia: l'impatto e l'orizzonte temporale

IMPATTO

- MOLTO ELEVATO
- ELEVATO
- MODERATO
- LIMITATO

ORIZZONTE TEMPORALE DI DIFFUSIONE

- 5-10
- 3-5
- 1-3 anni



CENSIMENTO TERAPIE DIGITALI

Campione di 62 terapie digitali commercializzate a livello internazionale

AREE TERAPEUTICHE

Psichiatria	47%
Endocrinologia	11%
Reumatologia	10%
Oncologia	10%
Neurologia	8%
Altro	15%

MODALITÀ DI EROGAZIONE

Stand-alone	53%
Con dispositivi	16%
Con farmaci	24%
Dispositivi/farmaci	6%

OBIETTIVI E FINALITÀ

Cura	55%
Gestione e supporto	45%

Fonte: Osservatorio Life science innovation, Politecnico di Milano



Odissea per una visita

Lazio, liste d'attesa infinite mandano in tilt ospedali e ambulatori
 "Mia madre attaccata all'ossigeno dovrà aspettare più di un anno"

PAOLORUSSO
 ROMA

«**S**o benissimo che si tratta di una visita di controllo, ma mamma ha 71 anni soffre di una malattia cronica respiratoria che la costringe a rimanere attaccata all'ossigeno ad alta intensità 24 ore su 24. Come si fa a fissarle un appuntamento dal pneumologo per il 13 settembre del 2024? E stiamo parlando di Frosinone non di Roma». Perché nella Capitale quello che è capitato ad Anna spesso è la norma di un sistema di prenotazioni per visite e analisi che nel Lazio sembra essere oramai impazzito. Al punto che non si salvano nemmeno le prestazioni urgenti, quelle da assicurare entro tre giorni, per le quali nella metà dei casi si attende invece oltre, a costo di mettere a rischio i pazienti. L'odissea inizia già facendo il numero del Recup, il numero unico regionale per le prenotazioni sanitarie, dove sentire la voce di un operatore senza addormentarsi al telefono è un'impresa. Nel monitoraggio sulle liste d'attesa condotto nel febbraio scorso da Cittadinanzattiva, che resta il più aggiornato, si scopre che già nell'attesa di una risposta che non arriva il 17,6% degli assistiti getta la spugna. Magari per ritentare la fortuna il giorno dopo all'ora di pranzo, quando i romani sono a tavola e il centralino è un po' meno preso d'assalto.

Ma la corsa a ostacoli non finisce di certo quando final-

mente arriva la risposta dell'operatore. «Per la sua risonanza all'encefalo e tronco encefalico nemmeno le propongo Roma perché il primo appuntamento è tra 8 mesi al Sant'Eugenio» è la proposta quasi imbarazzata di chi sa trattarsi di un esame richiesto quando c'è qualche sospetto

serio. «Però - continua l'operatrice - vedo un posto, uno solo, a Civitavecchia tra 17 giorni». Che è poi l'alternativa davanti alla quale si trovano tanti assistiti del Lazio: rinunciare al pubblico, magari aprendo il portafoglio per accorciare i tempi dal privato. Oppure, come nella testimonianza raccolta da Cittadinanzattiva, prendere l'auto e farsi 80 km, che con il traffico di Roma significa impiegare anche due ore ad andare e altrettante a venire. E questo non vuol dire che in provincia i tempi siano così brevi, visto che a Viterbo ci sono pazienti che hanno atteso un anno intero per una visita dal gastroenterologo e allo "Spaziani" di Frosinone c'è chi da due anni aspetta una chiamata per potersi sottoporre a un intervento di cataratta. Gli esami diagnostici restano comunque i più difficili da prenotare nelle strutture pubbliche per il 42,5% degli assistiti monitorati da Cittadinanzattiva. Seguono le prime visite specialistiche con il 28,8%, gli interventi chirurgici (8,2%), le visite di controllo e follow up (5,5%) e gli screening oncologici (4,1%).

Il 36,5% dei pazientissimi laziali ha poi avuto difficoltà

già al momento della prenotazione della prestazione sanitaria, per attese troppo lun-

ghe prima di riuscire a parlare al telefono con un operatore del Recup e per la mancanza del rispetto dei codici di priorità. Ed è proprio da qui che si vede quanto sia grave l'emergenza liste di attesa nel Lazio. Gli esami urgenti, indicati con la lettera U sulle ricette mediche, andrebbero eseguiti entro tre giorni, ma il termine non è rispettato in un caso su due. Per quelli brevi indicati con la lettera B il limite dei 10 giorni non vale nel 33% dei casi; per le visite differite contrassegnate con la D nei 30 giorni non si riesce proprio a prenotare una volta su 5. Infine per le programmate i 120 giorni vengono rispettati solo nel 50% dei casi. Oltre al problema dei tempi c'è quello della distanza. Solo il 21,4% ha infatti trovato la prestazione nel proprio distretto sanitario di residenza. Il 28,6% ha dovuto spostarsi più in là pur restando nell'ambito territoriale della propria asl, che a Roma può però voler dire di-



LA STAMPA

stanze da non meno di 30-45 minuti in auto o bus, mentre il 35,7% ha dovuto recarsi in una asl diversa, non di rado fuori città, con Civitavecchia tra le più disponibili ad accogliere i transfughi romani. Che passata una certa età questi viaggi della speranza non sono nelle condizioni di farli.

Se questa è la corsa a ostacoli non c'è poi da stupirsi se solo il 41,4% l'accertamento o la visita li ha fatti nel pubblico, mentre il 20% si è rivolto al privato dentro gli stessi ospedali pubblici, l'8,6% è andato in clinica oppure a uno studio medico privato, il 5,7% è migrato fuori regione e il 20% ha proprio saltato la prestazione. Anche se per i dati dell'Istat i cittadini laziali che rinunciano alle cure per

motivi economici - e quindi per le liste di attesa - sarebbero il 6,9%, comunque in crescita dal 3,5% di tre anni fa.

Come si sia arrivati a questa Caporetto dipende da più fattori. Prima di tutto i tagli con cui si è dovuto arginare un deficit sanitario che in regione a fine dicembre ammontava alla cifra monstre di 22,3 miliardi. Ma il suo ce lo ha messo anche una organizzazione che fa acqua da tutte parti. Basti dire che fino a qualche mese fa il mezzo più usato per verificare la disponibilità di un posto letto ospedaliero era il fax. E quando si è provato ad alfabetizzarsi un po' dal punto di vista informatico è stato un flop. L'ex assessore alla sanità, Alessio D'amato, per 70 prestazioni più gettonate aveva messo su un si-

stema on line di prenotazione che quando si tenta di digitare una data va però spesso in tilt, con il messaggio d'errore che inesorabile comunica: «l'orario selezionato è in fase di prenotazione da un altro utente».

Muovendosi tra queste macerie l'impresa titanica è chiamato a compierla ora il neo presidente della Regione, Francesco Rocca, che ha deciso di metterci la faccia tenendo per se la delega sulla sanità. Un piano c'è già. Prima di tutto basta caos sulla disponibilità dei letti in reparto, che ha finito per favorire i medici che facendo attività privata, riservano sempre qualche posto in ospedale ai loro "pazienti-clienti", un po' come fanno i ristoratori con gli habitués. Una nuova centrale operati-

va sta raccogliendo i dati di tutte le strutture per ottenere con un click la disponibilità effettiva dei letti. Ma l'altro grande nodo è quello delle agende di prenotazione. Rocca ha fissato una data: entro il primo gennaio tutte le prenotazioni dovranno affluire al Recup regionale e grazie a una piattaforma informatica ai privati non sarà più consentito di tenere fuori dall'agenda pubblica prestazioni per le quali vengono pagati dalla regione. Trucchi e trucchetti che hanno finito per alimentare la piaga delle liste d'attesa. Non solo nel Lazio. —

di INFERIORE PUBBLICITÀ

La prima puntata



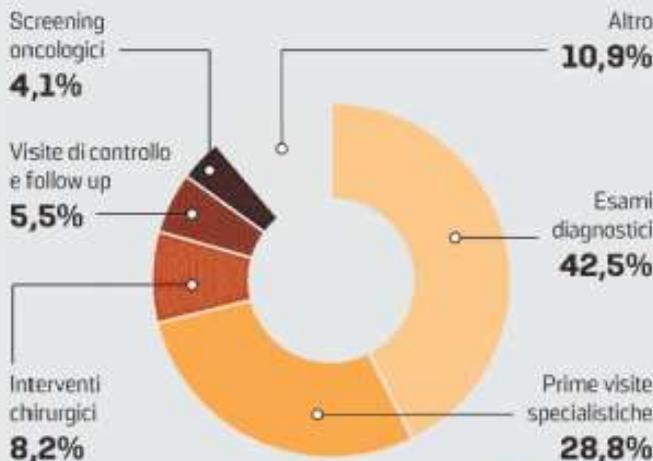
Il giro d'Italia nella crisi della sanità è iniziato la scorsa settimana con il Piemonte, dove le liste d'attesa per una visita specialistica sono bloccate fino al 2024

Troppi tagli e metodi arretrati: per prenotare un letto si usa ancora il fax

LA SITUAZIONE NEL LAZIO

WITHUM

Le prestazioni sanitarie più complicate da prenotare



Il 17,6% degli assistiti rinuncia a prenotare la prestazione di cui ha bisogno.

Il 21,4% ha trovato la prestazione nel proprio distretto sanitario di residenza.



Il viaggio di Mouhamed: dal Senegal a Roma per l'operazione agli occhi

LA STORIA

Non potrà mai vedere il volto della sua mamma e del suo papà il piccolo Mouhamed ma avrà intorno a sé una catena d'amore che gli consentirà di vivere una vita migliore. Il bimbo nasce un anno fa in Senegal affetto da anoftalmia bilaterale, una rara sindrome malformativa dell'occhio che lo ha privato, fin dalla nascita, dei globi oculari. Desperato per la terribile notizia, il papà che vive a Milano, scrive una mail d'aiuto al direttore dell'Osservatorio Malattie Rare, Ilaria Ciancaleoni Bartoli. Poche righe mettono in moto un efficiente network che, in pochi giorni, organizza l'accoglienza del piccolo, l'assistenza sanitaria e la donazione delle protesi oculari. Ora mamma e bimbo sono a Milano dove hanno potuto riabbracciare il papà. Le protesi inserite non potranno regalare la vista a Mouhamed ma gli consentiranno di sentirsi meno diverso dagli altri bambini. «Dopo aver letto la mail ho contattato il responsabile dell'ambulatorio

malattie rare dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù, Andrea Bartoli - ricorda Ciancaleoni - Nella collaborazione e nella capacità di fare squadra c'è lo 'sliding doors' di questa storia».

Determinante l'impegno del direttore del centro "Ocularistica Italiana" specializzato nella produzione di protesi oculari, Alessandra Modugno che ha coinvolto l'Associazione KIM che da 26 anni offre accoglienza a bambini malati che necessitano di essere sottoposti a cure mediche in Italia. Grazie a questa rete d'amore e solidarietà lo scorso marzo la famiglia del bimbo "senza occhi" arriva a Roma e dopo un periodo di cure e accertamenti, Mouhamed viene sottoposto al delicato intervento chirurgico di inserimento delle protesi.

L'anoftalmia, ha spiegato Alessandra Modugno, è una patologia che determina la completa mancanza di formazione e accrescimento delle vescicole ottiche, o una loro degenerazio-

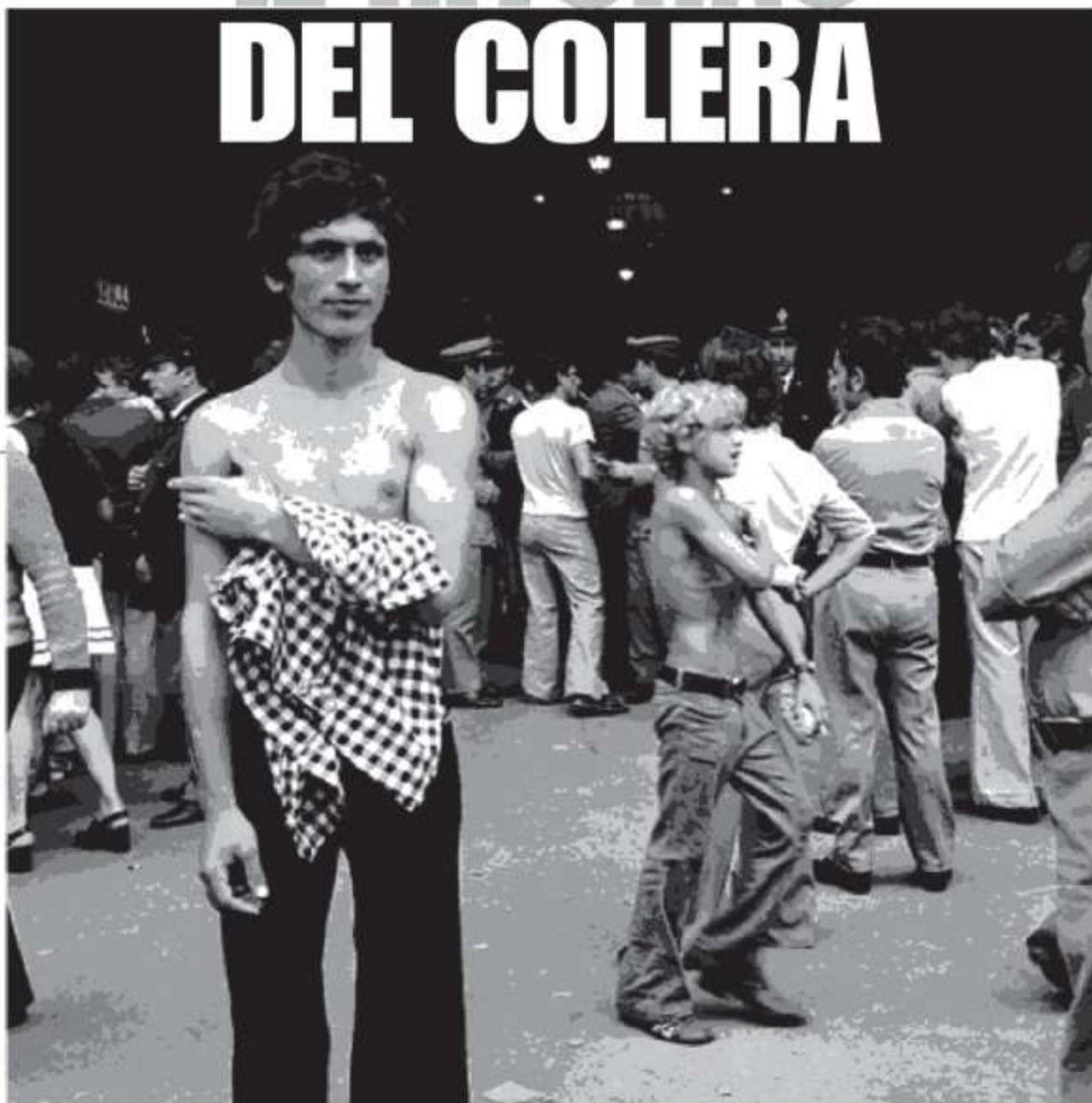
ne. Nel corso della vita uterina i bulbi oculari rappresentano una medesima estroflessione del cervello ed è per questo che non si può effettuare un trapianto dell'occhio. La mancanza dei bulbi oculari non può essere sopperita se non dalle protesi. «A Mouhamed sono state applicate delle protesi di grandezza crescente per espandere gradualmente la cavità dove non c'è l'occhio - conclude Modugno - Ovviamente non recupererà mai la vista, ma pur attraverso le protesi alcune persone riescono a far comprendere il loro umore da uno sguardo».

Barbara Carbone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL RITORNO DEL COLERA



**Un caso in Sardegna, il primo dopo 50 anni: via ai tracciamenti
L'ipotesi di contagio con il pesce crudo. La Asl: «Serve prudenza»
Bassetti: «Niente allarmismi, ma non è una buona notizia»**

Maria Sorbi ■ Sembrava una malattia morta e sepolta, invece il colera torna dopo 50 anni, con un caso in Sardegna. Un uomo di 71 anni di Arbus è ricoverato da sei giorni nel reparto di ma-

lattie infettive dell'ospedale Santissima Trinità di Cagliari. Le sue condizioni sono stabili ed è in miglioramento ma la diagnosi ha lasciato esterrefatti tutti.

Sconosciuti al momento il luogo e il giorno in cui ha contratto la malattia: l'anziano soffre di patologie cardiache e non avrebbe fatto recentemente viaggi all'estero. Ha accusa-



il Giornale

to i primi sintomi circa un mese fa e questo elemento rende difficile stabilire il momento esatto del contagio. Sono in corso da parte dei medici gli accertamenti epidemiologici sui familiari che vivono nella zona del Medio Campidano e che al momento non accusano alcun sintomo: si attendono però i risultati dei test a cui sono stati sottoposti. L'emergenza è scattata martedì, quando l'anziano è arrivato all'ospedale di Is Mirrionis dopo un ricovero in un'altra struttura sanitaria: accusava disturbi gastrointestinali e dopo alcuni trattamenti non aveva avuto alcun miglioramento. A quel punto si è fatta avanti l'ipotesi del batterio e sono stati avviati gli accertamenti con il conseguente trasferimento nel reparto di Malattie infettive del Santissima Trinità. È scattato il protocollo previsto in questi casi, anche se ancora non c'era la certezza che si trattasse di colera. La conferma è arrivata poco dopo: vibrio cholerae. Dai laboratori non usciva una diagnosi del genere dal 1973 quando, tra agosto e ottobre, furono diagnosticati 278 casi tra Cam-

pagna, Puglia e Sardegna.

«Niente allarmismi, ma certamente non è una buona notizia» commenta Matteo Bassetti, direttore Malattie infettive del Policlinico San Martino di Genova.

La situazione, secondo la Asl di Cagliari, non desta preoccupazione. Quello scoperto appare un caso isolato ma sono già scattate le procedure per tracciare eventuali altri casi e isolare per tempo la diffusione del batterio.

Non si è esclude che l'uomo possa essersi contagiato dopo aver mangiato frutti di mare crudi. Ma la risposta definitiva arriverà solo tra qualche giorno, quando l'Istituto superiore di sanità avrà terminato le analisi sulla coltura del batterio e ne isolerà i fenotipo. Intanto, col coordinamento dell'assessorato regionale alla Sanità è scattato il protocollo affidato al servizio di Igiene e sanità nella Asl di Sanluri, territorio da cui proviene il pensionato. «Saranno verificate la salubrità degli ambienti di vita e di lavoro della persona» spiega il direttore generale della Asl di Cagliari, Marcello Tidore. Solo una volta individuato

il sierotipo, si potrà capire se il ceppo di colera è di quelli «innocui» o di quelli che potenzialmente possono provocare un'epidemia. Nell'attesa «vogliamo lanciare un appello alle persone» spiegano all'Asl. «Attenzione, consumate preferibilmente cibi cotti, verificate che l'acqua che utilizzate sia potabile e se proprio dovete consumare cibi crudi, verificate che i frutti di mare siano tabulati e che il pesce sia abbattuto, se proprio va consumato crudo. Il batterio transita nell'acqua». Ovviamente una frase del genere, un po' di preoccupazione la provoca in una Sardegna in piena stagione turistica, con i ristoranti pieni e i menù dei locali più chic composti in gran parte da pesce crudo.

Alcuni studi scientifici hanno collegato l'attività del plancton di cui si nutre il vibrione a un aumento della temperatura del mare» spiega lo specialista. L'attività planctonica, quindi del vibrione, si moltiplica e a quel punto può colonizzare e infettare, ad esempio, i frutti di mare. Oppure, in Paesi come quelli del Sude-

st asiatico, la diffusione si deve alla mancanza di sistemi fognari adeguati, che favorisce il terreno in cui il batterio si moltiplica.

«Il sintomo classico è una diarrea profusa. Si arriva anche a 30-40 scariche al giorno - spiega Goffredo Angioni, primario di Malattie infettive a Cagliari - Poi si può avere anche qualche episodio di vomito, mentre generalmente non si ha febbre». Il colera può essere anche asintomatico. «Nei Paesi dov'è endemico - essenzialmente India e Sudest asiatico - tre casi su quattro non sono sintomatici.

1973

L'ultimo anno in cui in Italia sono stati individuati casi di colera. Il batterio, negli anni successivi, non è più stato evidenziato e non ha prodotto alcun tipo di epidemia

278

I casi di colera causati dall'epidemia di 50 anni fa, tutti concentrati nel periodo fra il 20 agosto e 12 ottobre, tra Puglia, Campania e Sardegna. I decessi furono 24

1994

Dopo l'epidemia del 1973, un nuovo caso di epidemia interessato Bari nell'autunno 1994 e rimase isolato. Era stato causato da prodotti ortofrutticoli irrigati con acque contaminate

2004

L'anno in cui è stato autorizzato dalla Unione Europea il nuovo vaccino anti colera Dukoral in grado di stimolare una risposta anticorpale migliore dei precedenti vaccini

