



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**10 NOVEMBRE 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



## Policlinico Giaccone, PDTA per la sindrome dei tumori ereditari al seno e dell'ovaio

*Uno dei pochi esempi a livello regionale e nazionale, è finalizzato a migliorare la diagnosi e la gestione di questa complessa condizione medica.*

PALERMO. L'Azienda Ospedaliera **Policlinico "Paolo Giaccone"** ha adottato il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (**PDTA**) aziendale dedicato alla **Sindrome dei Tumori Eredo-Familiari** della Mammella e/o dell'Ovaio (HBOCs). Si tratta di uno dei pochi esempi a livello regionale e nazionale ed è finalizzato a migliorare la diagnosi e la gestione di questa complessa condizione medica.

**La Sindrome HBOCs** è una condizione ereditaria che aumenta il rischio di sviluppare tumori della mammella e/o dell'ovaio. La consapevolezza e la gestione precoce sono fondamentali per la prevenzione e la cura di questa patologia.

Il PDTA offre percorsi e procedure chiare per i professionisti sanitari e i pazienti, al fine di **ottimizzare** la diagnosi, il trattamento e l'assistenza a coloro che sono affetti da questa sindrome o che sono a rischio di svilupparla.

Al raggiungimento di questo fondamentale strategico traguardo hanno contribuito il prof. **Antonio Russo** (Oncologia Medica in qualità di coordinatore), il prof. **Calogero Cipolla** (Breast Unit), la prof.ssa **Adriana Cordova** (Chirurgia Plastica e Ricostruttiva), il prof. **Giuseppe Brancatelli** (Diagnostica per Immagini) e la prof.ssa **Daniela Cabibi** (Anatomia Patologica).

Il PDTA (adottato con **delibera** n. 1417/2023 del 19/10/2023) sarà reso ampiamente disponibile per i professionisti sanitari, i pazienti e le loro famiglie, nonché per il pubblico interessato.

# Le pensioni dei medici spaccano il governo “Rimandare il taglio”

Sconfessata da tutti la norma per 732 mila dipendenti pubblici inserita nella manovra  
La Lega chiede un anno in più, FdI vuole penalizzare solo le uscite anticipate

di **Valentina Conte**

**ROMA** – Il taglio alle pensioni di 732 mila dipendenti pubblici sta spaccando il governo. La norma, inserita all'articolo 33 di una manovra dichiarata "inemendabile", ora viene sconfessata da tutti. E presto sarà emendata. Ma come?

Fratelli d'Italia vuole salvare solo i medici, assicurando un assegno integro ai camici bianchi che vanno in pensione di vecchiaia e punendo quelli che vanno in anticipata. La Lega vuole salvare tutti, almeno per un po', facendo slittare l'entrata in vigore del taglio di un anno o due.

Sullo sfondo l'esigenza, espressa ai contendenti dal ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti, di non far saltare il banco, «rispettando i saldi». Prende corpo il timore che la situazione possa scivolare di mano, riattivando gli appetiti dei partiti sulla manovra.

La Ragioneria, alla vigilia della bollinatura della legge di Bilancio, aveva avvertito Palazzo Chigi della possibile incostituzionalità della norma perché retroattiva e perché intacca diritti acquisiti. Ma la premier Meloni, supportata dal sottosegretario Giovanbattista Fazzolari, aveva dato via libera.

Ecco dunque la genesi dell'arti-

colo 33 che va a modificare, tagliandoli in profondità, i generosissimi coefficienti di rendimento delle pensioni relativi agli anni lavorati tra il 1981 e il 1995, in regime retributivo, da quattro categorie di lavoratori pubblici: dipendenti degli enti locali, medici, insegnanti, ufficiali giudiziari.

In totale quindi, tra 2024 e 2043, ben 732.300 lavoratori (i medici sono 55.600, meno dell'8%) si pensioneranno con un assegno tagliato, lasciando allo Stato 2,3 miliardi netti. Tanto quanto serve ora per cancellare la norma. Va detto che il risparmio per l'erario è progressivo. La misura costa appena 11,5 milioni nel 2024 e 31,7 milioni nel 2025. Di qui l'idea della Lega, suggerita dal sottosegretario Claudio Durigon al leader e vicepremier Matteo Salvini, di far slittare l'entrata in vigore dell'articolo 33 di uno o due anni, senza grossi patemi per i conti pubblici.

Fratelli d'Italia tiene però il punto. Non vuole rinunciare a una norma che considera di «equità» e di «giustizia» tra lavoratori perché «cancella un privilegio». La fortissima protesta dei medici, già provati dal Covid, dai tagli ai fondi, dalle pressioni per le liste d'attesa allungate, e pronti a scioperare il 5 dicembre, hanno indotto Palaz-

zo Chigi a ripensarci. Oggi le associazioni ne parleranno in audizione parlamentare sulla manovra.

Ecco dunque la soluzione: salvare i camici bianchi, escludere solo loro dalla tagliola, come risarcimento per la «fatiche del Covid». Immediato il trasalimento di giuristi e tecnici: «La topa è peggio del buco, così andiamo incontro a una doppia incostituzionalità». Norma penalizzante retroattiva e non applicabile solo all'8% della platea. Spaccando tra l'altro i sanitari, perché gli infermieri avrebbero il taglio e i medici no, visto che appartenevano a due casse previdenziali diverse, all'epoca.

Ma Fazzolari insiste. E ieri ha lanciato l'altra idea: «Pensione intera ai medici che vanno in pensione di vecchiaia», dunque a 67 anni. Quindi un chirurgo che il prossimo anno fa 63 anni e ha contributi versati per 42 anni e 10 mesi dovrebbe lavorare altri 4 anni (la legge oggi lo manda in pensione subito) per non avere un taglio che, secondo i sindacati dei medici, può arrivare al 25% della sua pensione.

## I punti



### Il taglio alle pensioni

L'articolo 33 della manovra prevede una rigida revisione di vecchi coefficienti di favore per dipendenti di enti locali, medici, maestri, ufficiali giudiziari



### La platea coinvolta

Nel 2024 il taglio impatta sulla pensione di 31.500 lavoratori: 27.100 dipendenti di enti locali, 3.800 medici, 400 insegnanti e 200 ufficiali giudiziari



### Costi e rimedi

Entro il 2043 il taglio riguarderà 732.300 lavoratori, di cui il 91% negli enti locali e l'8% medici. Togliere la norma costa in tutto 2,3 miliardi. Nel 2024 pesa 11,5 milioni

*Per Meloni la misura era "inemendabile"  
Il Tesoro: "Rispettare i saldi"*







## Chi trucca le liste d'attesa

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

Liste di attesa «truccate». Viaggio dentro  
I silenzi delle Regioni. a pagina 23

## DATAROOM



**Corriere.it**

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

# Liste di attesa, i trucchi per nascondere i ritardi

**AGENAS E THE BRIDGE HANNO RACCOLTO I TEMPI DI VISITE ED ESAMI: 9 REGIONI NON RISPONDONO O NON SONO IN GRADO DI FORNIRE DATI E SI BARA SULLE DATE DI PRENOTAZIONE. ECCO COME FUNZIONANO**

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

**L'**ultima novità è che le liste d'attesa non esistono! Eppure ciascuno di noi ogni volta che è alle prese con la prenotazione di una visita medica o di un esame diagnostico sa bene come funziona: o paghi o ti arrangi. Ma quanto tempo realmente passa fra la prescrizione del medico e l'erogazione del servizio che riceviamo come pazienti? Il dottore di famiglia o lo specialista indicano il codice di priorità sulla ricetta: se urgente, il sistema sanitario nazionale deve garantire la prestazione in 72 ore; se c'è il codice «breve» entro 10 giorni; se è differibile entro 30 giorni per una visita, e 60 per un esame; entro 120 giorni se si tratta di prestazioni programmate. In quale percen-

tuale i tempi indicati sono rispettati? E c'è un controllo efficace per intervenire dov'è necessario? Vediamo come i cittadini continuano a essere presi in giro.

**Perché finora ci hanno imbrogliato**



Finora non ci sono mai state analisi sui tempi di attesa con numeri attendibili che provengano da fonti istituzionali indipendenti: come già denunciato in un *Dataroom* del maggio 2022 il sistema di monitoraggio previsto per legge non funziona. Il motivo? Sui siti regionali sono pubblicati migliaia di dati, ma ogni Regione è libera di utilizzare il criterio di raccolta che più le fa comodo: i risultati dei tempi di attesa non sono differenziati in base al codice di priorità, i giorni indicati possono essere una previsione o quello che in realtà il paziente ha dovuto attendere, possono essere presi in considerazione solo gli ospedali più efficienti, oppure un giorno-indice, ecc... Insomma, non c'è una linea guida comune e nessuna trasparenza sulla situazione reale, che era invece lo scopo della legge voluta nel febbraio 2019 dall'allora ministro Giulia Grillo.

### La settimana-campione

Per risolvere un problema bisogna innanzitutto conoscerlo. Partendo da questo assunto l'Agenzia per i servizi sanitari regionali (Agenas), che fa capo al ministero della Salute, con la Fondazione The Bridge, ha realizzato un progetto-pilota: alle Regioni sono stati chiesti i tempi di attesa di 14 visite e 55 prestazioni di diagnostica su una settimana campione, dal 22 al 26 maggio 2023. L'obiettivo è di portare alla luce tutta la verità sulle liste di attesa, con un criterio di raccolta dei dati che superasse le criticità denunciate. I risultati dell'analisi, per la prima volta, mostrano in modo inconfutabile i trucchi che vengono adottati per fare sembrare sulla carta che il problema non ci sia.

### I dati delle Regioni

Nove Regioni preferiscono continuare a trascurare la questione, o non riescono ad avere idea di quanto tempo deve attendere un cittadino per ogni singola visita o esame: Valle d'Aosta, Bolzano, Molise e Puglia hanno ignorato la richiesta di Agenas; Lombardia, Liguria, Basilicata e Sicilia non sono state in grado di produrre i dati; quelli della Calabria non sono utilizzabili perché incompleti. Invece 6 Regioni hanno risposto fornendo i tempi di attesa di 2-3 ospedali: Veneto, Lazio, Abruzzo, Campania, Umbria e Sardegna, per un totale di 23.656 visite e 24.478 esami. Hanno invece fornito tutte le informazioni richieste il Piemonte, Trento, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Marche, per un totale di 101.265 visite e 122.208 esami.

### Il primo appuntamento disponibile

Prendiamo in considerazione 3 esami diagnostici e 2 visite da garantire entro 10 giorni e vediamo qual è il primo appuntamento disponibile all'interno dell'Asl di riferimento del paziente. Il 78% delle Tac, il 67,5% delle risonanze magnetiche e il 78% delle ecografie all'addome risultano erogate nei tempi di legge. Concentriamoci sui casi più eclatanti. Piemonte e Sardegna riescono a garantire addirittura il 100% delle Tac e delle risonanze magnetiche, Campania e Lazio il 100% delle risonanze magnetiche, il Pie-

monte il 99,6% delle ecografie all'addome. Abruzzo e Campania il 100% delle visite cardiologiche; l'Abruzzo il 100% delle visite ortopediche. Sembra di sognare! Anche con dati raccolti ed elaborati in modo corretto i risultati appaiono in gran parte ingannevoli. Perché?

### Il gioco delle tre carte

I tempi di attesa monitorati dalle Regioni prendono in considerazione il numero di giorni che trascorrono dalla chiamata del paziente al call center (Cup) per prenotare alla data dell'appuntamento. Se però gli rispondono che in quel momento non c'è posto e lo invitano a ritelefonare dopo una settimana o due, la data che farà fede è quella della seconda chiamata, nella quale l'operatore fisserà effettivamente l'appuntamento. Della prima richiesta del paziente non resta traccia, anche se in realtà la sua attesa è iniziata da allora. In questo modo però tutti i tempi di prenotazione risultano più brevi. La prova che il meccanismo è diffuso la troviamo nei dati di Agenas che contano, e per la prima volta, quanto tempo trascorre da quando io ho in mano la ricetta del medico a quando telefono al Cup per prendere l'appuntamento. Solo il 18% lo fa il giorno stesso o il giorno dopo, se deve fare l'esame in 72 ore; il 41% se deve farlo in 10 giorni; il 51% se deve farlo entro 60. È paradossale: prima devo avere un esame o una visita, più tardi chiamo. Non può succedere davvero così. È ragionevole pensare che io la telefonata al Cup la faccio subito, ma solo al 18% viene dato l'appuntamento, e infatti ne rimane traccia. A tutti gli altri viene detto di richiamare perché non c'è posto. Se ne deduce che di quell'82% una parte non farà la visita nei tempi previsti, e un'altra parte si rivolgerà alla Sanità a pagamento. L'Osservatorio sui consumi privati in Sanità (Cergas-Bocconi) stima che su 100 esami 21 sono a pagamento; e 41 su 100 visite mediche.

L'altro problema è che i dati comunicati dalle Regioni si riferiscono solo alle telefonate fatte al call center che, nella realtà, spesso intercetta solo una parte delle richieste (non quelle, per esempio, fatte agli sportelli).

Ciò emerge andando a vedere il numero di prenotazioni fatte per mille abitanti: è realistico che nell'Asl di Roma 1 e Rieti nella settimana tra il 22 e il 26 maggio solo 30 pazienti abbiano avuto bisogno di prenotare una Tac entro 10 giorni oppure che nell'Asl di Oristano solo 2 avessero bisogno di una risonanza magnetica sempre entro 10 giorni? Lo stesso vale per le visite: possibile che in tutto il Piemonte solo in 376 abbiano bi-





sogno di una visita cardiologica?

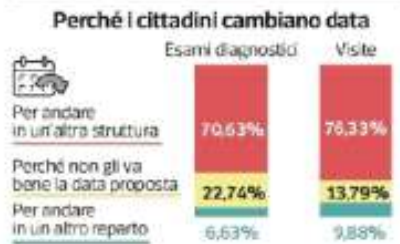
In Emilia-Romagna, che può essere considerata una Regione *benchmark* le prenotazioni sono intorno a 1 per 1.000 abitanti. Dove ci sono percentuali inferiori vuol dire che i dati non intercettano le vere richieste dei cittadini. E quindi come si risolve questa piaga se i direttori generali mascherano la realtà?

no una data d'appuntamento diversa da quella proposta dal Cup, e in un caso su due aspettano di più. Quasi l'80% lo fa per andare in una struttura, o addirittura in un reparto, diversi da quelli proposti, dove pensano di essere seguiti meglio. Qui però non si può puntare il dito contro nessuno, si tratta di ritardi subordinati a una libera scelta del paziente.

Dataroom@corriere.it

**Le scelte dei cittadini**

Infine, ci sono anche i pazienti che scelgo-



**I dati forniti dalle Regioni**

Classe di priorità:  
■ Entro 10 gg.

	TAC		Risonanza magnetica		Ecografia addome		Visita cardiologica		Visita ortopedica	
	Rispetto dei tempi	Attesa mediana	Rispetto dei tempi	Attesa mediana	Rispetto dei tempi	Attesa mediana	Rispetto dei tempi	Attesa mediana	Rispetto dei tempi	Attesa mediana
Emilia-Romagna	88,6%	4	69,1%	7	90,9%	8	93,9%	5	74,1%	7
Friuli-Venezia Giulia	34,8%	14	17,3%	29	33,2%	16	25,7%	13	41,4%	22
Marche	76,4%	10	72,3%	10	71,9%	9	85,6%	9	80,5%	8
PA di Trento	40,7%	41	66,7%	5	86,6%	1	56,6%	9	58,0%	7
Piemonte	100%	2	100%	4	99,6%	6	98,7%	7	98%	8
Toscana	79,2%	6	68,6%	10	68,1%	10	86%	6	78,3%	7
Abruzzo (Asl Aquila e Chieti)	99,2%	3	98,1%	8	97,1%	6	100%	2	100%	6
Campania (Asl NA 2 Nord e Salerno)	87,5%	4	100%	n.s.	81,8%	8	100%	5	85,5%	6
Lazio (Asl Roma 1 e Rieti)	70%	7	100%	n.s.	29,1%	31	71,7%	6	92,2%	2
Sardegna (Asl Oristano)	100%	2	100%	n.s.	46,7%	13	78,9%	10	100%	6
Umbria (Asl Perugia e Terni)	97%	3	87,9%	2	90,8%	4	94,6%	7	91%	7
Veneto (Asl Dolomiti, Berica, Euganea)	72,6%	6	52,5%	10	79,2%	6	82,9%	5	84,3%	5
<b>Totale complessivo</b>		<b>78,6%</b>		<b>67,5%</b>		<b>78,4%</b>		<b>83,6%</b>		<b>74%</b>

Valle d'Aosta, Bolzano, Molise e Puglia: hanno ignorato la richiesta di Agenas. Lombardia, Liguria, Basilicata e Sicilia non hanno fornito dati. Calabria: dati incompleti

Fonte: Agenas per i servizi sanitari regionali (Agenas) e Foccolone The Bridge

**Perché i risultati ingannano**

Il monitoraggio non tiene conto dei veri tempi di attesa tra il primo tentativo di prenotazione e la data dell'appuntamento

**ESEMPIO** il paziente chiama il Cup per prendere appuntamento per una Tac in 72 ore

Il Cup dichiara che non c'è posto e invita il paziente a chiamare dopo una settimana

Dopo una settimana il paziente chiama e ottiene un appuntamento entro 72 ore

**Per il sistema di verifica della Regione fa fede la data della seconda chiamata e dunque l'appuntamento è erogato nei tempi di legge**

Il monitoraggio (5 giorni) considera solo le prenotazioni fatte al Cup che intercetta una parte delle richieste

**ESEMPIO 1** Solo 30 pazienti hanno prenotato una tac entro 10 giorni all'Asl di Roma 1 e Rieti

**ESEMPIO 2** Solo 2 pazienti hanno prenotato una risonanza magnetica all'Asl di Oristano

**ESEMPIO 3** Solo 376 in Piemonte hanno avuto bisogno di prenotare una visita cardiologica



**3 Il corsivo del giorno**di **Maria Teresa Meli****SALUTE MENTALE,  
BONUS PSICOLOGO  
ANCORA A RISCHIO**

**I**l Covid ha lasciato il segno. Ovunque. E su chiunque. Anche, e soprattutto, sui giovani. Dalla pandemia ogni giorno una ragazza o un ragazzo tenta il suicidio. Sono numeri impressionanti che testimoniano le nuove forme di disagio degli adolescenti (e in alcuni casi addirittura dei pre-adolescenti) italiani. Era pensando anche ai nostri giovani che il governo Draghi aveva istituito il bonus psicologo. Venticinque milioni. Pochi se si pensa che quel fondo copriva solo un decimo delle richieste che sono arrivate. Mario Draghi se ne è andato e il

nuovo esecutivo ha stanziato una cifra ben più ridotta: cinque milioni. Che però nel 2023 non è stata ancora toccata dal momento che manca il decreto attuativo per consentire ai cittadini di accedere a quei fondi. Adesso, grazie a Fedez, pare che a giorni quel decreto possa vedere la luce. Questa, almeno, è la rassicurazione che il capo di gabinetto del ministro della Salute Schillaci ha fatto al rapper. E per il prossimo anno? I segnali a riguardo sono pessimi a detta del senatore dem Filippo Sensi che aveva presentato in Commissione bilancio di Palazzo Madama un

emendamento al disegno di legge Anticipi per portare a 50 milioni la cifra da stanziare. Iniziativa analoga aveva preso la capogruppo di Forza Italia Licia Ronzulli (che di milioni ne chiedeva quaranta). Ieri, la doccia gelata: il governo non accetterà nessun emendamento oneroso. Ergo, rischia di non esserci un euro per la salute mentale. Pessimo segnale per chi non può permettersi di pagare uno psicoterapeuta. Pessimo segnale per i «nostri» ragazzi. Verrebbe da dire che l'Italia non è un Paese per giovani. Ma sarebbe una semplificazione, una frase a effetto, che non dà

appieno il senso di quello che accade quando viene meno il patto che ogni Stato sigla con i propri cittadini: quello che garantisce il loro diritto a essere protetti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA







**IL FATTO** Il messaggio per la Giornata del 4 febbraio. Si lavora al possibile trasferimento della bimba a Roma

# La vita vale, sempre

*La Cei: non può essere negata anche quando segnata dai limiti, è un dono da accogliere  
Per Indi l'Italia riesce a ottenere un rinvio del distacco dalle macchine e un nuovo appello*

«Sono numerose le circostanze in cui si è incapaci di riconoscere il valore della vita tanto che, per tutta una serie di ragioni, si decide di metterle fine o si tollera che venga messa a repentaglio». Parte da qui il Messaggio firmato dal Consiglio episcopale permanente della Cei per la Giornata della vita che si celebrerà il 4 febbraio. Tra le molte "vite negate" di cui si parla quelle del migrante che muore in mare, del lavora-

tore sfruttato, delle donne violate, dei malati, dei bambini che non vengono fatti nascere.

Nel frattempo, è slittata di 24 ore la decisione dei giudici inglesi sull'interruzione dei trattamenti vitali per la piccola Indi. È in corso un delicato negoziato tra governi e magistrature per cercare di salvare la bimba, consentendo ai genitori di portarla per le cure in Italia.

**Napoletano e Negrotti** pagine 4 e 23

## Indi, ora c'è un negoziato per salvarla Il governo italiano tratta con gli inglesi

ANGELA NAPOLETANO  
Nottingham

**A**ncora un rinvio. Questa volta, davvero, inaspettato. La parola fine sulla vicenda di Indi Gregory, la bambina di otto mesi, affetta da una rarissima malattia mitocondriale, condannata dall'Alta Corte di Londra alla sospensione dei trattamenti vitali, era fissata ieri alle 15. L'appello presentato in mattinata dal console italiano a Manchester, Matteo Corradini, ha rimescolato le carte in tavola. Prima, lo spegnimento delle macchine che tengono in vita la piccola è stato rinviato di due ore. Poi, la decisione di aspettare ancora un giorno. Qualche minuto dopo le 17 i legali della famiglia Gregory hanno fatto sapere che il giudice, Robert Peel, discuterà il ricorso in un'udienza convocata, oggi, alle 13. Al Queen's Medical Center di Nottingham, l'ospedale dove Indi è ricoverata, tutto era già pronto per il distacco del ventilatore che l'aiuta a respirare. Mercoledì, il giudice aveva bocciato pure la richiesta della famiglia di far spirare la piccola a casa, a Ilke-

ston, nel Derbyshire. Ma il caso ha preso una piega diversa. Adesso è un affare tra governo italiano e magistratura britannica. A Indi, lo ricordiamo, è stata concessa la cittadinanza italiana, lunedì, nell'ambito di una seduta lampo del Consiglio dei ministri di Giorgia Meloni. La mossa non ha impressionato i giudici dell'Alta Corte che, poche ore dopo, hanno bocciato l'autorizzazione al trasferimento della bambina all'ospedale Bambino Gesù di Roma chiesta dalla famiglia. Su mandato di Palazzo Chigi, il console, diventato automaticamente giudice tutelare della neo italiana, ha quindi aperto uno scontro frontale chiedendo all'Alta Corte di trasferire la giurisdizione del caso dal Regno Unito all'Italia ai sensi della Convenzione dell'Aja del 1996 sulla cooperazione in materia di responsabilità genitoriale e protezione dei minori. Un'operazione in punta di diritto. L'accordo internazionale in questione è quello, ratificato dal Regno Unito nel 2012 e dall'Italia nel 2015, a cui si fa in genere riferimento per dirimere le controversie relative a minori trasferiti illecitamente all'este-

ro. La sua particolarità consiste nel fatto che assume come principio di risoluzione dei contenziosi non la nazionalità di nascita del minore ma la residenza intesa come luogo in cui il minore ha i propri interessi. Dettaglio non secondario nel caso di Indi che ripone nell'Italia la speranza (e l'interesse) a vivere e curarsi. È la prima volta che questo approccio viene utilizzato in un processo sul fine vita. La vicenda di Indi è solo l'ultima di una triste serie di minori costretti dal tribunale alla sospensione dei trattamenti vitali, quindi alla morte. Charlie Gard, Alfie Evans, Archie Battersbee e Isaiah Haastrup sono solo alcuni dei casi più famosi. Ognu-







no a suo modo diverso ma tutti in odore di eutanasia.

Dove porterà il confronto? La speranza in una svolta positiva fa il paio con la cautela. Nei pronunciamenti dei giudici britannici il *favor mortis* ha sempre prevalso sul *favor vitae*. A loro dire il "miglior interesse" della piccola è morire, non aspettare che la tremenda malattia degenerativa di cui soffre dalla nascita faccia il suo corso. Né tentare trattamenti alternativi. È difficile

che al riguardo possano cambiare idea. La convocazione dell'udienza di oggi è, in ogni caso, segno della disponibilità ad ascoltare quello che su Indi ha da dire l'Italia. Possibilità che negli ultimi appelli alla famiglia non è stata neppure concessa. Da

Downing Street non è arrivato alcun commento. Si dice che il premier Rishi Sunak abbia gentilmente mandato a dire a Roma che preferisce non intervenire perché non può smentire la magistratura con cui, in questo momento, ha un rapporto non facile. La prossima settimana è atteso il verdetto della Corte Suprema sulla legittimità del suo controverso "piano Ruanda".

La nota con cui il Christian Legal Center, l'associazione che fornisce supporto legale alla famiglia, ha notificato la convocazione dell'udienza di oggi, tradisce un cauto ottimismo che contagia in particolare i genitori della piccola, Dean Gregory e Claire Staniforth. «Pensiamo che sia nel miglior interesse di Indi venire in Italia per ricevere le cure che potrebbero aiutarla a respirare - ha dichiarato papà Dean -, aprendo una valvola attraverso l'impianto di uno

stent, per poi poterci concentrare sulla sua malattia mitocondriale che può essere trattata con queste terapie». Uno slancio di vitalità e speranza. «Indi è una combattente - ha aggiunto -, lei vuole vivere, non merita di morire».

## IL RINVIO

Slitta di 24 ore  
la decisione  
sull'interruzione  
dei trattamenti.  
Oggi alle 13  
ora italiana  
l'udienza finale:  
la trattativa  
coinvolge  
la politica  
e la magistratura  
britannica

All'ospedale di Nottingham tutto era pronto per il distacco del ventilatore. L'Italia punta sulla Convenzione dell'Aja in materia di responsabilità genitoriale e protezione dei minori





Dir. Resp. Marco Girardo

## GRAN BRETAGNA

# Vaccino anti-Covid: vittime fanno causa a Oxford-AstraZeneca per effetti collaterali

ANGELA NAPOLETANO

Londra

**È** entrato nel vivo all'Alta Corte di Londra il processo contro AstraZeneca, il colosso farmaceutico che nel 2020 ha prodotto il primo vaccino al mondo contro il coronavirus, tentato da Jamie Scott e Anish Tailor, determinati entrambi a dimostrare che il siero anti Covid-19 era un prodotto «difettato».

Il primo, 45 anni, padre di due figli, ha subito dopo la vaccinazione una lesione cerebrale permanente che lo ha reso incapace di lavorare. Il secondo è il marito di

Alpa, morta a marzo 2021 una settimana dopo aver ricevuto la prima dose. Aveva 35 anni. L'azione legale, condotta ai sensi del Consumer Protection Act del 1987, potrebbe aprire la strada a un risarcimento danni per un'ottantina di persone, tutte a loro dire «vittime degli effetti collaterali dell'antidoto», dal valore complessivo di 80 milioni di sterline. L'istanza contro AstraZeneca, a cui il quotidiano conservatore *The Telegraph* ha dedicato l'apertura di prima pagina, si innesca nel dibattito sulla gestione della pandemia dell'allora governo di Boris Johnson che dal 24 ottobre è al centro di una

mega-inchiesta pubblica da cui filtrano dettagli che continuano a far discutere. Nel caso in cui il contenzioso si dovesse risolvere a favore delle vittime dovrà essere l'esecutivo, non l'azienda, a pagare i risarcimenti.

Circostanza che potrebbe creare i presupposti per rivedere la legge che attribuisce a chi ha subito danni da un qualsiasi tipo di immunizzazione un compenso massimo di 120mila sterline. Airfinity, società di statistiche sanitarie, ha stimato che il vaccino Oxford-AstraZeneca ha salvato 6,3 milioni di vite in tutto il mondo.

© riproduzione riservata





**La ricerca****Usa, sperimentato un chip nel cervello: leggerà il pensiero**

Lorenzo Calò a pag. 12



# Svolta nella ricerca: ecco il chip nel cervello che «legge il pensiero»

► La sperimentazione negli Usa: il sistema decodifica gli impulsi per articolare i suoni    ► Le possibili applicazioni nell'assistenza e nella riabilitazione degli ammalati di Sla

**IL CASO****Lorenzo Calò**

Certo, la strada è lunga e anche tortuosa, piena di dubbi e interrogativi sul versante bioetico nonché costellata di paure e pregiudizi di stampo orwelliano. Ma è anche una sfida affascinante per la scienza quella descritta su «Nature Communications» da Gregory Cogan e Jonhatan Viventi, due ricercatori dell'Università Duke (Usa) sulla sperimentazione di un

chip impiantabile direttamente nel cervello, che permette di comunicare solo con il pensiero: decodifica i segnali provenienti dall'area cerebrale che controlla i muscoli usati per parlare e prevede i suoni che si sta cercando di pronunciare. Per ora il metodo si è dimostrato efficiente solo per pochi suoni e parole senza senso (dunque, non l'elaborazione di un pensiero compiuto) ma è un primo, importante passo, per aiutare in futuro chi ha disturbi del linguaggio. «Immaginate di ascoltare un audiolibro a metà velocità; questa è la migliore fluidità di decodifica del parlato attualmente

disponibile, che si attesta a circa 78 parole al minuto - ha spiegato Cogan - Tuttavia le persone pronunciano circa 150 parole al minuto e lo scarto tra la velocità del parlato e quella della decodifica è in parte dovuto al numero relativamente basso dei sensori relativi all'attività cerebrale che possono essere fusi su un pezzo di materiale sottile come la carta posta sulla superficie del cervello. Un minor



numero di sensori fornisce meno informazioni decifrabili da decodificare», ha concluso Cogan.

## LA SPERIMENTAZIONE

Nei pazienti affetti da Sla, per esempio, le attuali metodologie in campo medico agiscono sui contatti neurali ancora in maniera lenta e poco efficace. Ecco perché i ricercatori americani hanno sviluppato una nuova tipologia di chip impiantabile nel cervello, capace di riconoscere i segnali prodotti dai neuroni coinvolti nel coordinamento motorio per il linguaggio, circa un centinaio di muscoli che controllano ad esempio il movimento della lingua e delle labbra. Per ora la tecnica è stata testata solo per pochi minuti e su un numero ridotto di pazienti: l'impianto è stato poggiato sopra la zona di corteccia cerebrale interessata mentre è stato poi chiesto ai pazienti di ascoltare e ripetere alcuni suoni e parole senza senso. Per la realizzazione del progetto, Viventi e la sua équipe hanno inserito ben 256 microscopici sensori cerebrali in un frammento di grado medicale flessibile, fatto di plastica e della dimensione di un francobollo. I dati ottenuti - impulsi elettrici relativi al controllo dei muscoli del linguaggio - sono poi stati inseriti in un algoritmo di apprendimento automatico per verificare con quanta precisione si poteva prevedere quale suono il paziente avrebbe voluto

produrre. Il metodo ha dimostrato una precisione dell'84% per alcune tipologie di suoni fino a un minimo del 40% con altri suoni: un primo passo incoraggiante, anche se ancora lontano da una reale applicabilità, per futuri chip impiantabili capaci di dare nuovamente la parola «leggendo semplicemente il pensiero».

## LA RICERCA

A un'interfaccia sperimentale uomo-macchina in grado di leggere nella mente stanno da tempo lavorando anche altri enti di ricerca americani, in particolare sulla interpretazione dei segnali sinaptici corrispondenti della comunicazione umana. L'esperimento condotto dagli scienziati statunitensi consiste in un impianto chirurgico messo a contatto diretto con le aree del cervello deputate alla comunicazione: gli impianti hanno permesso l'analisi di quelle aree della corteccia, con la conseguente identificazione delle onde cerebrali corrispondenti a quattro suoni ben distinti.

## LIMITI E INCOGNITE

Lo scorso maggio aveva fatto il giro del mondo (e del web) l'annuncio di Neuralink (la società di Elon Musk) di un progetto basato sull'impianto di un chip nel cervello umano per aiutare le persone paralizzate o affette da malattie neurologiche a comunicare direttamente con un dispositivo esterno attraverso il pensiero.

L'interfaccia macchina-paziente c'è da decenni. Ma nel progetto di ricerca finanziato da Musk (che ora sta cercando volontari da sottoporre ai test) il microchip muoverebbe da una tecnologia molto avanzata per interpretare l'attività elettrica del cervello, agendo sia in entrata che in uscita. «Rilevare i segnali può tracciare lo stato emotivo di una persona, anche le sfumature più profonde, persino inconsce. Potremmo dire che ci si avvicina molto al concetto di leggere nel pensiero», ha avvertito il Comitato italiano nazionale di bioetica, ravvisando che le implicazioni non riguardano soltanto la sfera medico-terapeutica. In casi di gravi patologie come la Sla, o in pazienti post-ischemici, è fondamentale riuscire a permettere a persone letteralmente imprigionate nel loro corpo di tornare a comunicare con l'esterno. E in questo il chip potrebbe rappresentare una soluzione «miracolosa» perché sarebbe in grado di leggere e decodificare le reazioni cerebrali. Ma lo stesso chip sarà in grado anche di inviare dei segnali al cervello: e in questo caso è chiaro che il rischio di manipolazione dall'esterno è alto.

**I DUBBI DEI COMITATI DI BIOETICA DI FRONTE ALLO SVILUPPO DELL'INTELLIGENZA ARTIFICIALE E AI PIANI ESPANSIVI DI MUSK**



## GLI IMPULSI NEURALI DELLA CORTECCIA

È solo all'inizio la sperimentazione di un chip in grado di decodificare gli impulsi neurali della corteccia cerebrale che presiedono all'articolazione dei suoni





L'INTERVISTA

# “Solo la scienza rende immortali le nostre idee”

Siddhartha Mukherjee, oncologo e vincitore del Pulitzer, ha scritto un saggio sull'affascinante funzionamento delle cellule umane

di Carlo Pizzati

O

ncologo, professore di medicina alla Columbia University, vincitore del Pulitzer con il

memorabile saggio *L'imperatore del male: una biografia del cancro*. Il biologo americano di origini indiane Siddhartha Mukherjee è una vera e propria rinascimentale, un medico che nei suoi libri ha approfondito l'aspetto genetico oltre che quello oncologico, e che ora propone un viaggio affabulante nella biologia cellulare con *Il canto della cellula: un'esplorazione della medicina e dell'uomo nuovo* (Mondadori). La capacità di irretire lettori a digiuno di materie mediche, ricostruendo il cammino della scienza, dai dettagli di come nacque il primo microscopio, alla meraviglia di osservare le prime cellule, ha pochi paragoni nella letteratura scientifica contemporanea. È una missione cruciale, in questi tempi irrazionali e antiscientifici.

**È affascinante considerare che discendiamo tutti da un'unica cellula primordiale. In un certo senso, ciò conferma l'ipotesi che tutto è uno. Quali sono le implicazioni scientifiche e filosofiche di questo fatto?**

«Questo quesito cruciale risale ad Aristotele, ben prima della nascita della biologia cellulare. Come siamo fatti? Di cosa siamo fatti? La scissione tra scienze filosofiche e naturali nel rispondere a queste domande è

molto moderna. I filosofi dell'antica Grecia e dell'India erano affascinati dalle questioni scientifiche, così come i grandi scienziati naturali come Newton e Einstein lo erano dalle conseguenze filosofiche delle loro scoperte. Non condivido la distinzione in due dipartimenti. Lo studio della cellula porta a chiederci: come può una cellula sapere come costruirci? Come fa a capire che deve costruire un umano, invece di una lucertola o un rinoceronte? Ma la cellula lo sa. Se osservi da vicino il procedimento cellulare scopri che mentre la cellula si divide in 2, 4, 8 cellule e così via, a un certo punto si delinea il contorno di un embrione nascente che poi diventa me o lei. Sappiamo che questo dialogo, che chiamo "il canto della cellula", riguarda molecole specifiche che si organizzano in modo da prendere una forma embrionica. Ciò dà il via a un procedimento il cui funzionamento è affascinante. Immaginiamo la costruzione di un palazzo di mattoni. Con quei mattoni puoi costruire mille variazioni. La materia prima è identica. Ma i mattoni stessi contengono le informazioni del progetto. Non ci sono muratori che costruiscono. I mattoni conoscono il progetto. Questo è l'incredibile mistero. E se riesci a cambiare il progetto nel primo mattone avrai un palazzo completamente diverso. Stiamo per acquisire gli strumenti per poter cambiare il progetto fin dall'inizio. Per questo il sottotitolo parla del nuovo uomo».

**Spieghi ai lettori cosa intende.**

«È l'idea di un essere umano con proprietà alterate nelle cellule. Dobbiamo immaginarci oltre i limiti del codice delle cellule che abbiamo. Per esempio, umani che se ne vanno a spasso con nuove cellule. O con trasfusioni di sangue e quindi cellule altrui. O, a livello neurologico, con elettrodi collegati al loro cervello. Per ora è una minoranza, ma stiamo già facendo alterazioni cellulari al corpo e quei corpi cambiano e si rinnovano. Quando si prendono gli antidepressivi o si impiantano degli elettrodi nel cervello per cambiare l'umore, la prima reazione è di dire: mi sento di nuovo me stesso. È molto interessante perché significa che i pazienti avevano un concetto di sé stessi e non riuscivano ad essere quel concetto. L'intervento cellulare li ha portati a un senso di sé che in realtà è un rinnovamento. Sono nuovi, anche se pensano di essere tornati a essere sé stessi».

**Dai tempi di Gilgamesh gli umani cercano la pianta dell'immortalità fino ai miliardari di Silicon Valley o i ricconi americani che si iniettano il sangue dei figli per restare giovani.**



## Qual è il potenziale della ricerca cellulare in quest'ambito?

«Vivere per sempre nel nostro corpo mi pare un'idea spaventosa. Cosa intendiamo per immortalità? Se è quella fisica, corpo e cervello che vivono per sempre, credo sia una ricerca impossibile o molto difficile. Ma vorrei cambiassimo la prospettiva di immortalità affinché vada oltre il corpo. Vorrei che la nostra ricerca diventasse una ricerca per l'immortalità delle nostre idee, o delle nostre "canzoni", cioè quello che vogliamo comunicare, il nostro contributo al mondo, l'immortalità della nostra gentilezza. La mia idea di immortalità non è quella cellulare o fisica.

L'immortalità cellulare è una caratteristica delle cellule del cancro, il peggiore dei nostri mali. Dobbiamo perseguire una diversa immortalità, grazie anche al mondo digitale, una ricerca guidata dal segno che lasciamo nel mondo, il nostro contributo, le idee che abbiamo. Lasciamo l'immortalità cellulare al cancro e troviamo una immortalità umana che non dipenda

dall'immortalità cellulare. Quando la missione è solo di tenere in vita un essere fisico in eterno, diventa corrompente e corrotto. Le mitologie hanno sempre messo in guardia sulla ricerca di immortalità senza scopo, una missione destinata a fallire. Penso alla leggenda di Titone che ottenne da Giove l'immortalità ma dimenticò di chiedere la giovinezza eterna. Continuò a invecchiare fino a trasformarsi in una cicala: un altro mito che ci ricorda che l'immortalità non è la giovinezza. Se vivi per sempre e finisci gli scopi, incontri la maledizione di Titone».

**Viviamo una fase storica antiscientifica. Negazionisti dei cambiamenti climatici, terrapiattisti, no-vax. Come scappare a quest'eterno ritorno all'autodistruzione oscurantista e antiscientifica?**

«Gli scienziati si sono allontanati così tanto dalla tradizione umanistica, come dicevamo, che le persone non capiscono più la scienza. La mia missione è di ricostruire il cammino storico narrando errori e correzioni.

Per invertire l'impulso antiscientifico dobbiamo raccontare la storia della scienza. Descrivere il vero procedimento attraverso il quale abbiamo appreso, un cammino pieno di errori, ci abbiamo messo tempo, ma capendo gli sbagli che gli scienziati e noi umani abbiamo fatto, mi auguro che la brigata antiscientifica capisca che i fatti scientifici vengono raccolti attraverso un procedimento umano, non arrivano come rivelazioni. Umanizzando il nostro cammino, indicando i rischi potenziali e quando abbiamo sbagliato e ci siamo corretti, mi auguro che tanta gente possa capire che bisogna allontanarsi dall'idea di un tecnocratismo elitario, come loro forse percepiscono la scienza, ma che capiscano invece che è un procedimento molto umano e che si sbagliano a negare i nostri risultati. Dobbiamo tornare a umanizzare la scienza».

— “ —  
*Di cosa siamo fatti?  
Un quesito che risale  
ad Aristotele  
ben prima  
della nascita  
della biologia*

### Professore

Siddhartha Mukherjee è docente di Medicina alla Columbia University

### Il libro



**Il canto della cellula** di Siddhartha Mukherjee (Mondadori traduzione Laura Serra pagg. 588 euro 30)





## SALUTE

# Quanto pesa davvero il piombo

Will Fitzgibbon, The Examination, Stati Uniti

Nonostante le norme adottate da molti paesi per limitarne l'uso, due studi rivelano che l'esposizione a questo metallo è una delle principali minacce per la salute a livello mondiale

**I**l piombo è considerato un problema "dimenticato", ma continua a saltare fuori da ogni parte e minaccia la vita di milioni di persone in tutto il mondo. Due studi recenti rivelano nuove informazioni sui rischi dell'esposizione a questo metallo. Uno, pubblicato su *The Lancet*, stima che solo nel 2019 il piombo - ancora presente in stoviglie, vernici, giocattoli e perfino alimenti - possa aver causato la morte di cinque milioni e mezzo di adulti per malattie cardiache. Nei bambini potrebbe aver provocato la perdita di centinaia di milioni di punti di quoziente intellettivo, ritardando il loro sviluppo e aggravando le disuguaglianze.

Lo studio, il primo a livello mondiale di questo tipo, suggerisce che l'esposizione al piombo rappresenti un problema sanitario grave quanto l'inquinamento atmosferico e che uccida il triplo di persone rispetto all'acqua potabile contaminata. Secondo i ricercatori della Banca mondiale colpisce soprattutto chi vive nei paesi più poveri. "Molti pensavano che avessimo risolto il problema", ha detto Bjorn Larsen, principale autore dello studio. "È finito nel dimenticatoio".

Anche se quasi tutti i paesi l'hanno vietato nella benzina e molti lo hanno proibito nelle vernici decenni fa, il piombo è ancora molto diffuso. In base a una stima la vernice al piombo non è regolamentata in più di cento stati.

Dallo studio è emerso che i decessi per malattie cardiovascolari causate da piombo sono sei volte più numerosi di quanto si pensasse, e che la perdita di punti di quoziente intellettivo tra i bambini - un fattore

fondamentale per la capacità di apprendere, guadagnarsi da vivere e sfuggire alla povertà - è dell'80 per cento più alta rispetto a una stima molto citata. "Il piombo è la terza causa di malattie cardiovascolari dopo la pressione alta e l'alimentazione, e viene prima di fumo e colesterolo", dice Larsen. "Il suo ruolo appare in una luce completamente diversa".

Lo studio pubblicato su *The Lancet* ha calcolato che nel 2019 l'esposizione al piombo è costata seimila miliardi di dollari, e che i paesi poveri hanno pagato il doppio di quelli ricchi. Gli autori consigliano ai governi di investire nella ricerca medica, suggerendo anche regolari esami del sangue per accertare l'avvelenamento da piombo dove dati e risorse sono limitati.

Pur non occupandosi delle possibili origini dell'esposizione, lo studio sollecita a fare tutto il possibile per individuare i responsabili di questa minaccia alla salute pubblica mondiale. Alcuni casi gravi sono ben documentati. Da anni la ricerca scientifica e le azioni legali hanno dimostrato che gli stabilimenti per il riciclo delle batterie dal Kenya al Messico rilasciano il metallo nell'aria e nei corsi d'acqua, mentre le autorità di India, Pakistan e Bangladesh hanno denunciato alcune aziende che avevano aggiunto pigmenti al piombo in certi alimenti, per esaltarne il colore e aumentare i profitti.

## Padelle e giocattoli

Per stabilire la portata della contaminazione nella vita quotidiana, un altro studio ha analizzato più di cinquemila prodotti di

uso comune in 25 paesi. Pure Earth, un'organizzazione non profit statunitense, ha rivelato che dall'Armenia alle Filippine oggetti come pentole e cosmetici contengono livelli di piombo potenzialmente pericolosi.

Dallo studio è emerso che quasi un campione su cinque superava le normali linee guida sanitarie: le stoviglie in ceramica e metallo, tra cui padelle e utensili in alluminio e tegami in terracotta vetrificata, contenevano i livelli di piombo più alti. Anche eyeliner, mascara e correttore liquido presentavano concentrazioni potenzialmente pericolose. In Azerbaigian più di due terzi dei giocattoli esaminati superavano i livelli di guardia.

Come i ricercatori della Banca mondiale, anche gli autori di questo studio invitano i paesi più poveri a rafforzare il monitoraggio del piombo nel sangue dei bambini, e raccomandano ai governi di migliorare il tracciamento dei prodotti e delle aziende che li producono. "Ormai è chiaro che il piombo è la sostanza chimica più nociva per la salute pubblica globale", ha dichiarato Drew McCarty, direttore esecutivo di Pure Earth. ♦ *sdf*



## **Un aiuto per il Parkinson**

È stata sviluppata una neuroprotesi per permettere alle persone con il morbo di Parkinson di continuare a camminare. L'impianto rileva il movimento delle gambe e stimola il midollo spinale attraverso degli elettrodi per correggere i segnali inviati dal cervello, scrive **Nature Medicine**. La neuroprotesi è stata

testata su un uomo di 62 anni malato di Parkinson da trenta, che è riuscito a camminare fino a sei chilometri.





# Sanità, arriva il piano Bertolaso

## In vista un taglio ai pronto soccorso

### Lombardia

Definite le linee guida da qui a cinque anni per il settore che vale 17 miliardi l'anno

Sanzioni ai cittadini che faranno doppie prenotazioni senza disdire

**Sara Monaci**  
MILANO

Pronto il piano socio-sanitario della Regione Lombardia per i prossimi cinque anni, firmato dall'assessore al Welfare Guido Bertolaso. Un documento di circa 60 pagine in cui si descrive in linea generale come sarà il nuovo sistema sanitario regionale (a cui sono destinati ogni anno circa 17 miliardi di risorse), destinato a creare polemica all'interno dei partiti - sia di maggioranza che di opposizione -, che cercheranno di apportare modifiche nelle prossime settimane. Oggi è intanto previsto il confronto a porte chiuse con gli stakeholder, dal mondo farmaceutico e della ricerca a quello strettamente sanitario fino agli ordini professionali.

Ecco i punti più critici. Tra le note più delicate c'è quello delle liste d'attesa, a cui viene riservato un breve paragrafo. Non si parla di come ridurle attraverso nuove risorse regionali, o quando e in che modo verrà realizzata un'agenda unica digitale con un unico contact center - il cosiddetto Cup regionale -, bensì viene sottolineato come le doppie prenotazioni da parte dei pazienti intasino le liste d'attesa. Ci sono persone che si fanno inserire in più liste - probabilmente nel dubbio di non avere risposte immediate certe -

ma poi non disdicono la prenotazione che non serve più. Questo, sottolinea il piano, ha inciso nelle liste per il 25% nel 2022. Per Bertolaso bisognerebbe prevedere una sanzione per i cittadini che hanno questi comportamenti. A proposito di liste d'attesa, viene spiegato che l'80% delle prestazioni sono fatte dentro la soglia, ma che nella dermatologia e nell'oculistica i tempi sono ancora troppo lunghi.

Altro elemento delicato. Nel capitolo dedicato all'Emergenza -urgenza, si parla di «razionalizzare le reti di Pronto soccorso valorizzando il ruolo della singola struttura all'interno di una rete ospedaliera qualificata». Una frase che lascia chiaramente pensare ad un taglio dei Ps più piccoli a favore di quelli maggiormente noti. Vengono inoltre ricordati gli investimenti per la realizzazione di nuove strutture: il nuovo ospedale di Busto Arsizio e Gallarate; il nuovo Policlinico di Milano (che la struttura si autofinanzia con i propri fondi immobiliari) e la riqualificazione dell'ospedale pediatrico Buzzi di Milano.

Citato anche il tema della prevenzione: più sicurezza nei luoghi di lavoro, più sport, vaccinazione diffusa, stile di vita appropriato. Per quanto riguarda i consultori si parla di «favorirne l'accesso», incentivando soprattutto la loro attività per «aiutare la genitorialità».

Si parla nuovamente della presa in carico del paziente da parte dei medici di

medicina generale e quindi della necessità di avere una maggiore presenza sul territorio. Grande assente nel documento, invece, il rapporto tra pubblico e privato. Il piano a questo punto potrebbe essere rivisto in commissione Welfare, attraverso una serie di audizioni finalizzate a arricchire il testo; oppure potrebbe fare l'iter ordinario in Consiglio regionale, dove potrebbe essere sottoposto a una serie di emendamenti.

Da ricordare intanto che in Lombardia sono state realizzate grazie al Pnrr 92 case di comunità (su 216) e 17 ospedali di comunità (su 71), in parte seguiti dai medici già impegnati in altre strutture. Si pone per il futuro la questione, come per tutta Italia, del personale sanitario.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il documento, presentato agli stakeholder, verrà poi discusso in Consiglio regionale**

