



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

14 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

quotidiano**sanità**.it

Carenza di personale. Schifani: “Ospedali di Petralia e Sciacca non chiuderanno”

Il problema, spiega il presidente della Regione, “purtroppo, è strutturale: serve incrementare, nel lungo periodo, il numero dei medici impiegati nel Servizio sanitario regionale pubblico. Nel frattempo, utilizzeremo tutti gli strumenti in nostro possesso per scongiurare la chiusura dei due ospedali”.



“Gli ospedali non chiuderanno. Stiamo lavorando per individuare e attivare tutte le procedure indispensabili per la risoluzione delle carenze di organico nelle strutture di Petralia, sulle Madonie, e di Sciacca, nell'Agrigentino. Proprio ieri ho convocato e presieduto una riunione a Palazzo d'Orleans, alla quale ne seguiranno a breve altre, con tutti i soggetti coinvolti, fino alle determinazioni necessarie”. Lo afferma, in una nota, il presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**.

“Il problema – aggiunge Schifani -, purtroppo, è strutturale: serve incrementare, nel lungo periodo, il numero dei medici impiegati nel Servizio sanitario regionale pubblico. Nel frattempo, utilizzeremo tutti gli strumenti in nostro possesso per scongiurare la chiusura dei due ospedali: lo dobbiamo a tutti i cittadini residenti in quei territori e nelle zone più periferiche dell'Isola”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Cure palliative e terapia del dolore, forti disuguaglianze Nord-Sud

ROMA (ITALPRESS) – Le cure palliative sarebbero necessarie per quasi 600mila persone l'anno (nell'84% dei decessi), ma la copertura risulta ancora insufficiente (secondo i dati del ministero della Salute più recenti circa una persona su 3) anche per i soli pazienti oncologici. E non è un dato che riguarda solo la popolazione anziana: tra i

ROMA (ITALPRESS) - Le cure palliative sarebbero necessarie per quasi 600mila persone l'anno (nell'84% dei decessi), ma la copertura risulta ancora insufficiente (secondo i dati del ministero della Salute più recenti circa una persona su 3) anche per i soli pazienti oncologici. E non è un dato che riguarda solo la popolazione anziana: tra i minori solo il 15% di chi ne ha bisogno (circa 30.000) le ottiene. E c'è anche il dolore cronico, quello con cui le persone fanno i conti a lungo, mesi o anni: in Italia quello 'severo' colpisce circa un milione di persone che raddoppiano (due milioni) se si considera il dolore cronico moderato. Il costo medio di un paziente con dolore cronico è di oltre 4.500 euro con costi diretti per il Servizio Sanitario Nazionale di circa 1.400 euro (quindi su due milioni di individui si parla di quasi 3 miliardi) e altrettanto di costi indiretti (congedi, assenze per malattia ecc.). Nelle cure palliative e terapia del dolore l'Italia ha un primato: è stata la prima in Europa a varare una legge-quadro (la 38/2010) per riconoscere il diritto alla misurazione e al trattamento del dolore, al trattamento delle sofferenze di paziente e familiari, alla formazione dei professionisti e a un'organizzazione secondo reti cliniche. Ma le buone notizie sono affiancate da tante ombre. L'ultima relazione al Parlamento, che doveva essere annuale, risale al 31 gennaio 2019 e si riferisce all'intervallo di tempo 2015-2017, con un 'vuoto di rendicontazione di 6 anni rispetto allo stato dell'arte, agli sviluppi della legge quadro, alla capacità di garantire ai pazienti e alle loro famiglie il diritto a non soffrire inutilmente. Per questo Salutequità, attraverso il suo Osservatorio, vuole riportare l'attenzione sul tema che incrocia un interesse sensibile per i diritti dei pazienti così come per la qualità, l'efficienza e l'efficacia del SSN. Dall'emanazione della legge si sono succedute una serie di norme tra cui la più recente legge di Bilancio del 2023 che ha definito un traguardo importante e non più procrastinabile: entro il 2028 le cure palliative dovranno raggiungere il 90% delle persone che ne hanno bisogno, ma la Corte dei Conti sottolinea come nel 2021 (ultimi dati disponibili) sia 'ancora fortemente insufficiente l'assistenza prestata ai malati di tumore attraverso la rete delle cure palliative: appena 5 regioni, tutte del Centro-



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Nord, sono state in grado di garantire un livello adeguato; tra le regioni meridionali, solo la Puglia con una percentuale del 34,3 si avvicina alla soglia minima richiesta (35 per cento)'. I dati di Italialongeva riportano che nel 2022 solo una persona su tre deceduta per tumore, precisamente il 36%, aveva ricevuto assistenza di cure palliative: 61 mila persone. 'I dati sulle cure palliative pediatriche - commenta Tonino Aceti, presidente di Salutequità - sono irricevibili per un SSN che dichiara di mettere al centro l'umanizzazione dell'assistenza. Su un fatto così grave, dopo l'acquisizione del dato ci aspettiamo interventi concreti e risolutivi in tempi brevi, perchè quelle famiglie tempo da perdere non ne hannò. 'Dobbiamo recuperare terreno - aggiunge - sul fronte dell'offerta e adeguarla ai bisogni reali della popolazione. Questo vale sia per la terapia del dolore, che rischia di essere un diritto per chi vive al nord, come mostra la distribuzione dei centri e l'uso dei farmaci; sia per le cure palliative, dove ancora oggi misuriamo l'andamento considerando l'assistenza offerta ai soli pazienti oncologici. Ma stando a stime europee, rappresentano solo il 40% delle persone adulte che avrebbero necessità di cure palliative. Il restante 60% di chi ne ha bisogno è affetto da patologie croniche degenerative non oncologiche (dalle malattie cardiovascolari al Parkinson). E ad oggi non sono oggetto di valutazione nel Nuovo Sistema di Garanzia dei livelli essenziali di assistenza: in altre parole non è parametro di valutazione delle performance delle Regioni nella loro capacità di garantire i LEA'. Tutte le Regioni avrebbero dovuto realizzare la Rete di cure palliative, secondo quanto previsto dalla legge 38/2010, ma a distanza di 13 anni due regioni a dicembre 2021, secondo le rilevazioni dell'Agenas, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, non avevano l'avevano istituita: Abruzzo e Marche. Tutte le reti esistenti dichiarano di prendere in carico pazienti oncologici e non oncologici; 14 non avevano attivato la procedura di accreditamento. La situazione è sensibilmente peggiore per le cure palliative pediatriche, che non risultava istituita in otto Regioni: Abruzzo, Calabria, Lazio, Marche, Puglia, Sardegna, Umbria, Valle d'Aosta. Per la terapia del dolore invece, in assenza di dati istituzionali, viene in soccorso il censimento SIAARTI che nel 2021 ha rilevato 305 centri di terapia del dolore non oncologico, anch'essi collocati in modo eterogeneo sul territorio: 164 al Nord, 64 al Centro e 77 al Sud. Non va meglio anche su altri due fronti essenziali per l'applicazione della legge. L'ultima relazione al Parlamento giudicava l'offerta formativa disomogenea sul territorio nazionale -confermata, peraltro, nel 2021 dall'Istruttoria Agenas- con 9 Regioni che non avevano attivato corsi di formazione per i professionisti per le cure palliative. Sul fronte ECM, l'analisi di Salutequità della banca dati Agenas mostra che dal 2019 a oggi l'attenzione e l'aggiornamento professionale sul tema ha avuto una flessione verso il basso: la pandemia ha fatto passare in secondo piano questi aspetti, anche se si colgono segnali di ripresa. L'utilizzo dei farmaci per il trattamento del dolore mostra, ancora una volta differenze Nord-Sud, che richiederebbero una valutazione omnicomprensiva rispetto all'organizzazione e allo



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

sviluppo delle reti cliniche di riferimento, così come di gap di diagnosi e cura a partire dal dolore cronico non oncologico. Nel 2022 il Rapporto OsMed dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) evidenzia che il ricorso ai farmaci contro il dolore riguarda prevalentemente il dolore neuropatico (41% delle dosi giornaliere totali in aumento del 4,8% rispetto al 2021). L'uso di questi farmaci si riduce spostandosi da Nord a Sud, dove il consumo è di 6,2 DDD, di circa il 22% inferiori alla media nazionale (7.9); per contro le Regioni del Nord hanno un livello di consumo del 14% superiore (9). Le regioni nelle quali l'uso dei farmaci contro il dolore (dosi per mille abitanti al giorno) è superiore alla media nazionale sono quasi tutte al nord: Valle d'Aosta, Piemonte, Lombardia, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana. Le regioni in cui l'uso è notevolmente al di sotto tra 5.4 e 5.8 DDD sono: Calabria, Campania, Molise, Sicilia. Colpisce anche che di fronte ad un dolore cronico, metà dei pazienti sia stato trattato per meno di due settimane e oltre un terzo (34%) abbia ricevuto un'unica prescrizione nel corso dell'anno; le Regioni del Sud riportano i livelli più alti di utilizzatori sporadici (37,8%). Di fronte a una legge dello Stato ancora vigente e oggetto di Accordi Stato-Regioni non può essere e non deve essere applicata parzialmente soprattutto quando in ballo c'è la qualità di vita delle persone e l'efficienza del SSN. Secondo Salutequità, quindi, è indispensabile: 1. Garantire accountability, facendo il punto aggiornato sulla legge 38/2010 sia sulle cure palliative, sia sulla terapia del dolore. Il prossimo appuntamento da non bucare è dicembre 2023 con l'auspicio che rappresenti il riavvio delle relazioni annuali al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 38/10, anche in vista del raggiungimento del 90% nel 2028 di cure palliative previste nella legge di bilancio 2023.

2. Colmare le iniquità di accesso agendo sui ritardi nell'attuazione della legge. E' urgente adeguare l'offerta assistenziale in termini quantitativi delle cure palliative in età adulta e pediatrica, così come di terapia del dolore al bisogno effettivo della popolazione considerando anche l'andamento demografico ed epidemiologico. E' inoltre essenziale colmare le differenze nord-sud e intraregionali, sul consumo dei farmaci appropriati e necessari al trattamento del dolore

3. Aggiornare gli indicatori LEA del Nuovo Sistema di Garanzia inserendo anche la capacità di assicurare cure palliative e terapia del dolore ai pazienti cronici non oncologici.

4. Misurare l'assistenza in termini non solo quantitativi, ma anche qualitativi (es. audit clinici indicati da AIFA)

5. Garantire che il personale che opera tanto in cure palliative, quanto in terapia del dolore abbia sempre una formazione adeguata e specialistica.

RIFORME

Pensioni, il governo attento ai medici Ma il principio resta quello della «equità»

Oggi Giorgetti in audizione sulla manovra, attese novità sulla quota retributiva

■ Salvaguardare il principio di equità tutelando coloro che intendono continuare a svolgere professioni essenziali per lo Stato. È questo l'obiettivo al quale il governo sta lavorando in vista della presentazione del maxiemendamento alla legge di Bilancio. Oggi il ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, sarà in audizione presso le commissioni Bilancio per ribadire i principi cardine della manovra (tutela dei redditi deboli e rigore sui conti), ma probabilmente anche per socchiudere la porta a un intervento «equitativo» sulle pensioni.

La Finanziaria 2024, infatti, rivede i coefficienti di trasformazione della quota retributiva delle pensioni che saranno erogate a partire dal primo gennaio prossimo. La misura riguarda alcuni settori molto sensibili dell'amministrazione come medici, infermieri, insegnanti, ufficiali giudiziari e dipendenti degli enti locali. Si va a incidere sulla legge 965 del 1965 che consente tuttora di recuperare il 24% della retribuzione a chi ha lavorato un solo anno prima del 1996, anno nel quale è entrato in vigore l'attuale sistema contributivo. I coefficienti vengono ritoccati incisivamente dalla Manovra conservando il rendimento del 37,5% solo per chi ha iniziato a lavorare nel 1981, dunque per chi aveva 15 anni di contributi al cambiamento di regime. La vera distorsione, tuttavia,

è rappresentata da un rendimento assicurato pari al 23,9% dell'ultimo stipendio al 31 dicembre 1992 per coloro che a quella data hanno versato almeno un mese di contributi.

La norma, tuttavia, ha un effetto impattante sui futuri trattamenti, soprattutto per categorie come medici e infermieri che sono state decisive per affrontare l'emergenza Covid e che hanno annunciato uno sciopero per il 5 dicembre. Per non rovinare il rapporto con un settore importante per la tenuta sociale, l'esecutivo sta pensando a un correttivo che, come detto, salvaguardi l'equità senza compromettere i conti garantendo un privilegio a chi ha versato pochi contributi prima del 1996. L'uovo di Colombo potrebbe essere rappresentato dal mantenimento degli attuali coefficienti per coloro che andranno in pensione di vecchiaia a 67 anni o successivamente (come già consentito ad alcune categorie) e che al primo gennaio 1996 avevano già accumulato anni di anzianità. Al contrario, per coloro che dovessero decidere di anticipare il pensionamento potrebbe restare una penalizzazione o il ricalcolo contributivo del montante pensionistico come già previsto per Quota 103 e Opzione Donna.

L'obiettivo politico è duplice. Da una parte scongiurare lo sciopero indetto dai camici bianchi per il 5 dicembre prossimo,

dall'altro lato evitare pensionamenti di massa nel settore sanitario per approfittare della legislazione vigente, mettendo in crisi la sanità pubblica già a corto di personale sia per motivi demografici che di carenza di laureati.

«Ci vuole un attimo di pazienza perché siamo ancora durante il dibattito parlamentare; a fine sessione di bilancio questo problema verrà superato e risolto, parole del ministro dell'Economia», ha dichiarato ieri l'assessore al Welfare della Regione Lombardia, Guido Bertolaso, confermando che il ministro Giancarlo Giorgetti è orientato ad soddisfare le istanze del personale medico e paramedico.

Più difficile, al momento, stabilire quali potrebbero essere le coperture. Va detto che nei primi anni di vigenza la riforma produce risparmi esigui (11,5 milioni nel 2024) ma a regime le minori uscite sono quantificate a 2,3 miliardi nel 2043.

GDeF

LA TRATTATIVA

Allo studio salvaguardie per chi non anticiperà l'uscita dal posto di lavoro



Salute 24

Bellantone (Iss)

«Tagli a liste d'attesa
con percorsi di cura»

Barbara Gobbi — a pagina 31

«Tagli alle liste d'attesa del 30% con percorsi di cura virtuosi»

L'intervista

Rocco Bellantone

Commissario Istituto superiore di Sanità

Barbara Gobbi

«**U**n tempio della ricerca con altissime competenze specialistiche». Tanto che dopo i quattro premi Nobel già incassati, «ora puntiamo al quinto». Ma, per restare sulla cronaca, anche un puntello contro la piaga liste d'attesa. Così Rocco Bellantone, professore della Cattolica nominato a settembre Commissario dell'Istituto superiore di sanità (Iss) da Orazio Schillaci e appena "vistato" da Camera e Senato, descrive il suo Iss. Dove con ogni probabilità è destinato a rimanere assumendo l'incarico di Presidente dopo Silvio Brusaferrò.

Partiamo dal nodo liste d'attesa: come potete incidere?

Di certo sul fronte dell'appropriatezza: l'Istituto è obbligato dalla legge Gelli sulla responsabilità professionale a produrre linee guida e buone pratiche per i professionisti sanitari e questo aiuterà a definire percorsi diagnostico-terapeutici utili a evitare atti impropri e perdite di tempo. E a restituire un po' di serenità ai medici, sotto l'attacco di una miriade di cause per colpa professionale. Inoltre, l'Istituto

pensa a un sistema integrato che possa definire "requisiti minimi" in collaborazione con Agenas e ministero: oggi molti reparti in Italia affrontano un caso senza adeguata esperienza e quindi - in accordo con il ministero - realizzeremo un tabulato con il numero annuo di casi necessario per poter seguire un determinato paziente.

Ad esempio?

Ci sono ospedali in Italia dove si operano uno o due casi di carcinoma dello stomaco, un intervento delicato. Per quella struttura e per quel chirurgo è impossibile attuare buoni trattamenti perché non c'è l'esperienza necessaria. Tramite i "criteri minimi" ribadiremo che quel reparto non si deve occupare di ciò in cui non è esperto. Il mio sogno è arrivare a certificati di appropriatezza, una sorta di "bollino", rilasciati dalle Regioni o dal ministero, che indichino ai cittadini dove curarsi in tutta sicurezza.

Che tempi prevede?

Cominceremo già nei prossimi



mesi e conto entro un paio d'anni di avere un quadro almeno per le patologie più frequenti.

Quali risultati aspettarsi sul fronte delle liste d'attesa?

Di certo l'Istituto da solo non può essere risolutivo, ma già se tutta l'Italia seguisse questi percorsi virtuosi abatteremmo le liste d'attesa del 20-30 per cento. Poi certamente ci vorrà un'azione politica che sono sicuro il ministro Schillaci e i suoi collaboratori stanno già disegnando.

Il Pnrr vi assegna un ruolo anche sulla formazione continua

L'Iss entra nel Piano nazionale di ripresa e resilienza con 25 progetti per un totale di circa 460 milioni: alcuni prevedono reti in cui si faccia formazione e si creino centri periferici, pronti a diventare trincea ad esempio contro nuove pandemie. Il Covid ci ha drammaticamente insegnato che mentre siamo sulla strada giusta sulle malattie croniche, eravamo impreparati alle epidemie.

Restiamo sul Covid: la popolazione ha abbassato la guardia?

È la mia sensazione. Per esempio stando agli ultimi dati, ancora preliminari, si è tornati indietro sul lavaggio delle mani che è il primo baluardo dell'igiene: il consumo di prodotti igienizzanti che aveva avuto un'impennata durante la pandemia è precipitato. Servono campagne di comuni-

cazione e di sensibilizzazione.

Come stanno nel complesso gli italiani?

Oggi abbiamo una generazione di giovani molto lontana dai corretti stili di vita. Rischiamo di trovarci con una popolazione anziana ben più sana di molte altre nel mondo ma con dei giovani pronti ad ammalarsi. Serve un investimento a lungo termine e un lavoro in accordo con le scuole.

A cosa state pensando?

Sono in contatto con i ministri della Salute e dell'Istruzione per avviare mini-corsi sui corretti stili di vita dalle elementari. Educare fin da piccoli consente di ridurre nettamente abitudini sbagliate, dal fumo all'abuso di alcol all'alimentazione. C'è grande entusiasmo sulla nostra proposta: dal prossimo anno scolastico entreremo nelle scuole.

Come ha trovato l'Iss?

È un tempio della ricerca in cui ogni tema di salute è affrontato in maniera ultra specialistica. Per questo va difeso insieme a due aspetti da sempre sottovalutati in Italia: la ricerca e la salute. Negli anni questo approccio ha creato danni inenarrabili con una visione della salute-salvadanaio e con una ricerca drammaticamente sotto finanziata. Per altro è una situazione incoerente anche dal punto di vista economico: ogni euro impiegato in ricerca ritorna aumentato di dieci volte.

Ma l'Iss è comunque in buona salute?

Absolutamente sì e con punte di eccellenza mondiale. Ho lanciato uno slogan che sono quasi convinto di riuscire a realizzare prima di andar via: quest'Istituto ha ospitato quattro Nobel nella sua vita e ora siamo a caccia del quinto. Sarà mia responsabilità portare i migliori ricercatori, dall'Italia e da tutto il mondo, a partecipare ai bandi di direzione che si apriranno. Un'istituzione così importante non può avere barriere nazionali.

Barriere che fino a oggi ci sono state?

È un problema decisamente economico: essendo nel contratto collettivo della ricerca l'Iss ha stipendi bassi. Bisogna essere dei talent scout notevoli per arruolare persone che si accontentino e al contempo abbiano nel loro zaino il bastone del Nobel.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dall'Iss linee guida e buone pratiche per l'appropriatezza e in futuro requisiti minimi per i reparti ospedalieri



Linee guida.

L'Iss pubblicherà linee guida e best practice per i clinici in modo da disegnare percorsi di cura virtuosi



Il precedente: da Londra al Gaslini di Genova

A Tafida dissero sì Quattro anni dopo riceve solo cure palliative

di **Michela Bompani**

GENOVA – Tafida Requeeb ha nove anni ed è ricoverata da quattro nel “Guscio”, l’hospice dell’ospedale pediatrico Gaslini. La mamma, Shelina Begum, va a trovarla ogni giorno. Con i genitori di Indi condivide l’avvocato, l’ex senatore leghista Simone Pillon. E ieri, Begum ha affidato a Pillon un messaggio per la famiglia Gregory: «Prego per loro».

Tafida arrivò in Liguria il 15 ottobre 2019, dopo una furiosa battaglia legale dei suoi genitori, inglesi di origine bengalese, contro il Royal Hospital di Londra che l’aveva dichiarata incurabile e voleva staccare la spina. Come per Indi, la cittadinanza italiana fu il primo passo per dare altro tempo alla bambina ma, a differenza di Indi, Tafida riuscì a salire sull’aereo per l’Italia, dove a bordo trovò un’equipe del Gaslini. Dopo un primo periodo in terapia intensiva, nel gennaio 2020 furono annunciate, in seguito alla sua stabilizzazione, quelle che la fami-

Le tappe

Febbraio 2019

Tafida Requeeb abita a Londra e ha cinque anni. La mattina del 9 febbraio viene colpita da una grave emorragia cerebrale

Ottobre 2019

Dopo una dura battaglia legale della famiglia, per non staccarle la spina, Tafida viene accolta all’ospedale pediatrico Gaslini di Genova

Gennaio 2020

Tafida viene trasferita dal reparto di rianimazione del Gaslini all’hospice dello stesso, dove si trova tuttora

glia definì «dimissioni», mentre i clinici parlarono di «trasferimento». In pratica la bambina venne portata nel centro di cure palliative dell’ospedale uno dei due in Italia. Dove sopravvive tuttora con i supporti vitali.

«Le vittime di queste situazioni sono i bambini e le famiglie. Non conosciamo l’esatto quadro clinico di Indi per formulare un giudizio – dice Andrea Moscatelli, primario della Terapia intensiva, nell’equipe clinica che segue Tafida – e non c’è mai stato alcun contrasto con i pareri dei colleghi inglesi: se però parliamo di una malattia a rapida prognosi infausta, la limitazione dei sup-

porti vitali è lecita, anche secondo la legislazione italia-

na. Dispiace che ci si arrivi attraverso un conflitto con la famiglia, con cui invece è fondamentale l’alleanza, per un percorso migliore per il bambino». All’arrivo al Gaslini, Tafida venne giudicata “non guaribile”: dopo quattro anni è ancora ricoverata nello stesso centro di cure palliative. «Il trattamento negli hospice pediatrici ha l’obiettivo di gestire la fase terminale e preparare i pazienti, e la famiglia, al trasferimento a domicilio, per i cronici a prognosi infausta», spiega Moscatelli. Dietro Tafida, purtroppo, si sta formando una lunga fila, perché i posti letto del “Guscio” sono solo quattro e rappresentano, tra i pochissimi in Italia, una preziosa chance, ad esempio, nella terapia del dolore per bimbi che devono affrontare diagnosi gravissime.

«Il caso di Tafida è uno dei pochi andati a buon fine – rivendica l’ex senatore Pillon, che è anche ambasciatore della Tafida Requeeb Foundation – abbiamo dimostrato con i fatti che se queste persone vengono accudite, senza togliere loro i supporti vitali, hanno margini di sopravvivenza: Tafida è vivissima. Indi ha trovato un muro nelle autorità britanniche: non l’ho mai detto, ma nel dossier di Tafida, presentato all’Alta Corte, c’era anche una fatwa, scritta da un imam, minacciando chi avrebbe attentato alla vita umana. Credo sia servita».

A citare papa Francesco, però, non è Pillon, ma il primario: «Il Papa ha descritto meglio di ogni altro le cure palliative – dice Moscatelli – “La medicina palliativa riveste una grande importanza, impegnandosi a combattere tutto il male che rende il morire più angoscioso e sofferto, il dolore e la solitudine”. Quando si parla di malati non guaribili, talvolta le équipe mediche non rispondono a ciò che chiedono le famiglie. Si chiama *moral distress*: riteniamo sproporzionato per i pazienti, ciò che la famiglia pensa adeguato. Dobbiamo garantire proporzionalità, tra il salvare la vita del paziente o prolungare un inesorabile processo di morte. Il dramma è quando si crea una divergenza tra le aspettative della famiglia e il bene del bambino».

Foto: M. B. / Contrasto

porti vitali è lecita, anche secondo la legislazione italia-



IL «BMJ» SCOPRE CHE LA FDA HA DUE DATABASE SULLE REAZIONI AI VACCINI: SOLO UNO È PUBBLICO

C'è un registro segreto degli effetti avversi

di **MADDALENA LOY**

■ Negli Usa c'è un database segreto sugli eventi avversi da vaccino, dove sono

registrati gli aggiornamenti che seguono la segnalazione, dallo sviluppo dei sintomi, ai ricoveri ai decessi. La notizia è stata rivelata dal *British Medical Journal*, che ha anche mostrato come in realtà sia molto complicato segnalare un danno.

a pagina 18



Negli Usa c'è un registro segreto degli effetti avversi da vaccino

Lo ammette la stessa agenzia per i medicinali: i dati sul progresso dei sintomi, sui ricoveri e sui decessi sono tenuti nascosti. E il «British Medical Journal» racconta quanto è complicato segnalare un danno

di **MADDALENA LOY**

■ Chissà se **Roberto Burioni** continuerà a non dare importanza agli eventi avversi da vaccino anti Covid - come fece durante la campagna per la terza dose, sostenendo che in tutto il mondo c'era stato «un solo decesso per miocardite» - dopo aver letto l'ultimo articolo della rivista scientifica *British Medical Journal (Bmj)*. Il pezzo racconta le incredibili falle del sistema di farmacovigilanza americano Vaers (Vaccine Event Reporting System), a testimonianza dell'abnorme sottovalutazione istituzionale degli eventi avversi da vaccino anti Covid, che anche in Italia restano un tabù. Il report, intitolato «Il sistema di farmacovigilanza non funziona?», è impietoso, a cominciare dai numeri: prima della pandemia il Vaers,

istituito nel 1990 per agire come sistema di allarme rapido e identificare tempestivamente i problemi di sicurezza nei vaccini, riceveva in totale quasi 60.000 segnalazioni di eventi avversi l'anno, per tutti i preparati; dall'introduzione dei vaccini contro il Covid (675 milioni di dosi somministrate negli Usa), le segnalazioni, soltanto in America, sono balzate a 1.700.000. Secondo le stime, una su cinque è stata classificata come «grave»: centinaia di migliaia di americani hanno denunciato danni che hanno cambiato, drasticamente e tragicamente, le loro condizioni di vita.

Chi si sta mettendo all'ascolto dei danneggiati dai vaccini? Non le istituzioni che li hanno promossi. *Bmj* ha voluto raccogliere qualche te-

stimonianza: il 49enne **Robert Sullivan**, ad esempio, in perfetta forma (la settimana prima dell'evento avverso era andato a sciare), è collassato sul tapis roulant per una «ipertensione polmonare ad esordio improvviso». L'uomo ha inoltrato la segnalazione al Vaers riscontrando mille difficoltà, dal tortuoso format di compilazione, al tempo cronometrato per inoltrarla, scaduto il quale l'utente è respinto dal sistema e deve ri-



VERITÀ

cominciare daccapo. **Sullivan** ha ricevuto un numero di «e-report», poi non ha avuto risposta per un anno. **Patrick Whelan** dell'Università della California nel 2022 ha segnalato che uno dei suoi pazienti, un bambino di 7 anni, aveva avuto un arresto cardiaco dopo la vaccinazione. Definendolo giustamente un «evento catastrofico», **Whelan** si aspettava una risposta immediata dalla commissione sicurezza, che non è mai arrivata. **James Gill**, capo medico legale dello Stato del Connecticut, nel giugno 2021 ha segnalato il decesso di un ragazzo di 15 anni morto improvvisamente pochi giorni dopo la seconda dose: non è mai stato contattato dal Vaers e un anno dopo il Cdc gli ha risposto contestando la correlazione. Storie di tutti i giorni anche in Italia, dove al danno dell'oblio si somma la beffa della sdrammatizzazione, non ultima quella di **Guido Bertolaso**: secondo l'assessore al welfare di Regione Lombardia le «teorie no vax» sarebbero «asfaltate» (sic) dai dati sulla sicurezza, che **Bertolaso** misura sulle richieste di indennizzo da vaccino anti Covid accolte dalle stesse istituzioni che ne raccomandavano l'uso.

Il Cdc ha esaminato quasi 20.000 rapporti di morte tramite Vaers e, dice *Bmj*, ha riconosciuto un solo decesso legato ai vaccini a mRNA (forse lo stesso di cui parlava **Burioni**).

Il problema, nel migliore dei casi, è che la farmacovigilanza americana non ha per-

sonale sufficiente per gestire la mole colossale di segnalazioni arrivate in questi tre anni: *Bmj* riferisce che al Vaers lavorano sui report solo 70-80 funzionari a tempo pieno (dati di novembre 2022). In compenso i documenti del Freedom of Information Act visionati da *Bmj* rivelano che Pfizer ha circa 1.000 dipendenti in più che lavorano sulla sorveglianza dei vaccini rispetto al Cdc e già nel 2021 prevedeva di impiegarne un totale di 1.800: peccato, però, che dall'azienda non giunga notizia di alcun ripensamento sui preparati anti Covid (come invece ha fatto la Merck con il Molnupiravir). Anzi: in qualche angolo del mondo c'è sempre un **Burioni** che continua a sponsorizzarli, come ha fatto la virostar domenica a *Che Tempo Che Fa* lamentando che il Paxlovid non venga usato «per motivi inspiegabili». Come se il costo esorbitante dell'antivirale Pfizer (circa 600 euro a dose), l'inefficacia e l'effetto rebound, sperimentato in prima persona dal presidente Usa **Joe Biden**, non bastassero.

Ancora più agghiacciante è la notizia, diffusa da *Bmj*, dell'esistenza di un database «segreto» sui danneggiati da vaccino. Secondo quanto rivelato dallo stesso direttore della divisione di Fda che supervisiona Vaers, **Narayan Nair**, Fda e Cdc hanno messo in piedi due sistemi di farmacovigilanza separati: un «front end», pubblico, non aggiornato, che raccoglie soltanto i report iniziali e un «back-end» privato e non accessibile, che registra tutti gli aggiornamenti, dai primi sintomi alle diagnosi, fino ai ri-

coveri e ai decessi. La farmacovigilanza americana, insomma, non rende pubblici i dati reali sui danni dei preparati anti Covid. È facile, per i negazionisti degli eventi avversi, stabilire che il vaccino «non ha problemi di sicurezza».

Secondo il Cdc, «per legge, tutto ciò che deriva dalle cartelle cliniche non può essere pubblicato sul sistema rivolto al pubblico: proteggere la riservatezza dei pazienti è una priorità» che sembra contare, per il Cdc, più ancora della vita delle persone.

Sono ormai molte le riviste scientifiche e gli scienziati che cominciano a parlare apertamente non soltanto dei problemi di efficacia dei vaccini anti Covid mRNA - sappiamo da un anno che non impediscono il contagio né l'ospedalizzazione - ma anche di quelli legati alla sicurezza: i danni segnalati in tutto il mondo sono stati molto più frequenti di quanto i governi abbiano riconosciuto. «Ci sono tantissime persone», ha dichiarato **Harlan Krumholz**, cardiologo e scienziato a Yale, «che hanno avuto la vita completamente cambiata. Dobbiamo definire quante sono e perché». Evitando, se possibile, di raccomandare alla popolazione - come ha fatto ancora di recente il governatore lombardo **Attilio Fontana** - farmaci che non è più possibile definire così «sicuri».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Molti medici e vittime hanno comunicato i loro casi ma non sono stati ricontattati

L'opacità delle cifre fa il gioco di chi nega problemi, come Burioni





Dir. Resp. Marco Girardo

UN NUOVO CASO A PALERMO

Suicidio, dramma silenzioso della generazione under 20

Negrotti e Puglisi

a pagina 8

Adolescenti, suicidi emergenza sociale «Vanno aiutati a gestire la sofferenza»

ENRICO NEGROTTI

Inviato a Pavia

La parola è la migliore cura per situazioni di sofferenza psichica estrema degli adolescenti, che possono portare al suicidio. Una parola che si fa discorso, competente, ma soprattutto umano e compassionevole, per entrare in relazione con la sofferenza mentale dei giovani. Per questo occorre vincere la tentazione di nascondere ogni discorso riguardante la morte, anche autoprovocata, di giovani e giovanissimi. È uno dei messaggi chiave emerso dalla due giorni del convegno "Oltre il buio", organizzato la scorsa settimana dalla Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Npia) della Fondazione "Mondino" Irccs di Pavia, diretta da Renato Borgatti, per «comprendere e prevenire i comportamenti suicidali negli adolescenti». «Volevamo individuare le specificità dei casi che riguardano gli adolescenti, molto diversi da quelli dell'adulto - spiega Renato Borgatti, direttore della Npia della Fondazione Mondino e docente di Neuropsichiatria all'Università di Pavia -. E abbiamo offerto una sessione destinata al pubblico, perché è importante parlare del fenomeno, vincere il tabù».

Anche se non è sempre facile raccogliere i dati epidemiologici, "viziati" da fenomeni distortivi, hanno evidenziato Cristina Montomoli (docente di Statistica medica all'Università di Pavia) e Antonella Costantino (direttrice della Neuropsichia-

tria infantile della Fondazione Irccs Policlinico di Milano) i reparti di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza sono concordi nel registrare negli ultimi anni un aumento delle richieste di aiuto, spesso con comportamenti autolesivi o tentativi suicidari dei più giovani. «Un fenomeno manifestatosi da almeno una decina d'anni - ha riferito Elisa Fazzi, presidente della Società italiana di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza (Sinpia) - ma esploso negli ultimi anni». Mettendo in crisi un sistema di assistenza che può contare su soli 403 letti in tutta Italia per i ricoveri in Neuropsichiatria infantile, e cinque Regioni ne sono del tutto prive. Secondo una statistica dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) più volte citata nel convegno, i suicidi sono la seconda causa di morte per i giovani tra i 15 e i 29 anni, dopo gli incidenti stradali (anche se recentemente, dividendo ulteriormente le età, è scesa al terzo-quarto posto per alcune fasce). Certamente, come ha ricordato il sociologo Marzio Barbagli, ciò dipende dal fatto che i giovani sono sostanzialmente sani e quindi muoiono poco di malattia: «Né si può dimenticare che anche il tasso di suicidi è ben maggiore tra gli anziani: sei volte superiore tra gli over85». Le raccomandazioni dell'Oms per la prevenzione dei suicidi

puntano su quattro azioni principali: limitare l'accesso ai metodi letali; interagire con i media per una modalità responsabile di riportare le notizie di suicidio; sostenere le abilità socio-emotive in adolescenza; identificare precocemente, prendere in carico e curare chiunque presenti comportamenti suicidari. «La prevenzione del suicidio dei giovani - ha spiegato lo psichiatra Maurizio Pompili (Università La Sapienza di Roma) - è difficile. Occorre cogliere i segnali di allarme, perché non lo dicono in maniera chiara: tra questi il decadimento della per-

formance scolastica, l'isolamento sociale, la promiscuità, l'uso di sostanze o la tendenza all'automedicazione, problemi di salute posti all'attenzione dei medici e non riconosciute come collocabili in un versante più ampio come quello di un rischio suicidio». Pompili, che è anche direttore del Servizio per la





prevenzione del suicidio presso l'ospedale

Sant'Andrea a Roma, ribadisce che «il suicidio è la

punta di un iceberg che è la sofferenza giovanile, che era già presente nell'epoca precedente alla pandemia. Il Covid ha reso tutto più complesso, soprattutto per i giovani». Dati statunitensi, ha aggiunto, indicano che tra il gennaio 2019 e il maggio 2021 sono cresciuti i ricoveri in Pronto soccorso per tentativo di suicidio della popolazione 12-17 anni, soprattutto tra le ragazze. «In Italia - ha aggiunto Pompili - secondo i dati del Rapporto Osservasalute 2022, tra il 2019 e il 2021 si è abbassato l'indice di salute mentale della popolazione 14-24 anni, soprattutto tra le ragazze».

A far peggiorare gli indici di socializzazione, ha puntualizzato Pompili, non è stata solo la pandemia: «Sono numeri in calo sin dal 2000: assistiamo a una epidemia di solitudine». E spesso rivolgersi al cyberspazio espone a nuovi rischi: «Il cyberbullismo sembra essere aumentato durante la pandemia - aggiunge Pompili - ed è connesso al rischio suicidio. Stime non facili indicano che ne è colpito un giovane su sei (soprattutto ragazze), ma solo uno su dieci riesce a chiedere aiuto. E ha puntualizzato che «il suicidio ha a

che fare con il neurosviluppo, non con il singolo brutto voto o la delusione sentimentale».

Nei meandri della sofferenza mentale dei più giovani si è addestrato **Mario Speranza, docente di Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza all'Università di Parigi-Versailles**.

Delle crisi che viviamo (disastri ambientali, terrorismo, guerre) infatti risentono anche gli adolescenti, soprattutto se hanno vissuto traumi relazionali: «Sono le situazioni in cui il bambino/adolescente non ha potuto vedere soddisfatti i bisogni fondamentali che aveva nell'infanzia. L'ambiente abusivo/negligente, specie familiare, non è stato capace di prestare attenzione agli stati mentali e ai bisogni emotivi del bambino, rimasto solo emotivamente con stati di insicurezza. È come se questi bambini avessero sviluppato un ritardo nello sviluppo delle autoregolazioni, sul piano delle emozioni, del comportamento, della stima di sé e soprattutto delle relazioni con gli altri». Quindi soprattutto «il trauma relazionale ha creato una profonda sfiducia nell'ambiente esterno e le informazioni che vengono dall'esterno possono essere percepite come pericolose o irrile-

vanti». Il giovane «ha perso la capacità di imparare dagli altri: è il concetto della diffidenza, della sfiducia epistemica. Tutto ciò che proponiamo a questi adolescenti non è utilizzabile, perché la porta relazionale è chiusa». «È fondamentale - conclude Speranza - che il terapeuta possa incarnare l'umanizzazione, il calore e la compassione che non hanno potuto sperimentare, per poter cercare di ricreare questa fiducia epistemica».

Come ha esemplificato lo psicoterapeuta **Antonio Piotti (Istituto Minotauro)**: «Non si possono dire banalità, ma mostrare di accorgersi che l'adolescente sta male e che lo si capisce: cerchiamo insieme un'uscita dal vicolo, che a lui sembra cieco». Mentre, ha messo in guardia **la psicoterapeuta Stefania Andreoli**, non è vero che parlare dei casi di suicidio li alimenti. Bisogna però parlarne bene, senza enfatizzarli, ha puntualizzato **Chiara Davico (Neuropsichiatria dell'Università di Torino)** e senza presentarli come eroi romantici, che favoriscono il cosiddetto effetto Werther (dal romanzo di Goethe) mentre occorre sviluppare l'effetto Papageno (personaggio del Flauto magico di Mozart), che mostra la possibilità di aiuto guardando in modo diverso a problemi che paiono insolubili (e Papa-

geno.news è il sito sviluppato in collaborazione con il master in giornalismo di Torino per incrementare una informazione corretta sui suicidio).

Conclude Maurizio Pompili, «occorre entrare in sintonia con sofferenza e far emergere la voglia di vivere. Molte persone che pensano a morire vorrebbero vivere: il dolore mentale fa credere loro di essere in una

situazione senza via d'uscita migliore per uscire dalla sofferenza che il suicidio. Ma se la sofferenza è gestita anche con l'aiuto di un altro, genitore, educatore, coetaneo,

professionista della salute, si sente alleggerito dalla sofferenza e sceglie di vivere». Una possibilità di aiuto che quindi coinvolge tutti.

Pompili (La Sapienza): problemi a scuola e isolamento sociale sono i campanelli d'allarme

Lo psichiatra Speranza: attenti a quei traumi relazionali che segnano la crescita

L'ALLARME

Solo 403 posti letto per chi tra i 13 e i 17 anni vive situazioni di profondo disagio.

Viaggio dentro "l'epidemia delle solitudini".

«Non è stata solo colpa della pandemia»

Generazione fragile



L'imaging intelligente è la chiave per la medicina di precisione

Sostenibilità ed efficienza. L'innovazione tecnologica e la digitalizzazione sono gli strumenti per curare solo chi ha bisogno nel modo migliore possibile

Francesca Cerati

L'innovazione tecnologica "intelligente" è una grande alleata della medicina di precisione, a supporto di tutto il percorso di cura del paziente: dallo screening alla diagnosi precoce, dal trattamento al monitoraggio fino alla connessione con la telemedicina. «Il vero collante di questo percorso è la digitalizzazione - premette Antonio Spera, Ceo di GE HealthCare Italia, che sarà tra i relatori che si confronteranno proprio sul tema della digitalizzazione della sanità in occasione dell'Healthcare Summit del Sole24Ore, giovedì a Roma - Oggi c'è uno spreco di risorse e di tempo in qualunque struttura sanitaria italiana perché le informazioni sono spezzettate, i repository di dati sono multipli e non ci sono sistemi capaci di integrare il percorso di cura».

La "nuova" GE Healthcare, spin off di General Electric dallo scorso 4 gennaio, ha una visione precisa e focalizzata sulla sostenibilità ed efficienza delle apparecchiature mediche dotate di programmi di intelligenza artificiale. «Oggi siamo un'azienda indipendente, quotata al Nasdaq, focalizzata sul business sanitario, e l'innovazione è la cultura con cui siamo cresciuti, un'eredità di oltre 100 anni come parte di General Electric - continua Spera - Per andare verso la medicina di precisione ci sono varie complessità, dalla privacy alla cybersicurezza, da temi regolatori all'integrazione dei dati, ma è l'unica strada percorribile e l'indu-

stria da sola non può farcela, è necessario agire all'interno di un ecosistema collaborativo con il mondo della ricerca, delle istituzioni e con tutti gli stakeholder coinvolti». Poter predire il decorso di una malattia, quindi l'efficacia o meno di una terapia costosa, si ripercuote sul sistema sanitario in termini di sostenibilità.

«Attraverso l'integrazione e l'organizzazione di tutti i dati disponibili - storia clinica, dati genetici, indagini di anatomia patologica, immagini morfologiche degli esami radiologici - la cosiddetta "radiologia predittiva" consente di definire terapie personalizzate per ogni paziente. Oggi, però, dei 50 petabytes di dati generati dagli ospedali in media all'anno a livello globale, solo il 3% viene utilizzato. C'è quindi un grande potenziale e l'unica soluzione è andare verso la medicina di precisione per curare solo chi ha bisogno nel miglior modo possibile».

La grande sfida resta l'efficientamento in sicurezza di tutti questi processi attraverso meccanismi automatici con l'obiettivo non solo di trattare la malattia in modo efficace, ma anche prevedere in anticipo, grazie all'intelligenza artificiale, come il singolo paziente potrà rispondere a una terapia. Ge Healthcare sta sviluppando una piattaforma, chiamata Edison, proprio per consentire questi collegamenti, ma anche allo scopo di creare il "clinical decision support system", un sistema di supporto alle decisioni cliniche che grazie all'intelligenza artificiale aiuta a prendere le decisioni cliniche. Ma è anche uno strumento predittivo. A livello ospedaliero, l'AI potrebbe, per esempio, ottimizzare la gestione dell'intero ecosistema, grazie alle informazioni operative generate in tempo reale dall'analisi automatica di milioni di dati. Non solo, l'applicazione

di algoritmi predittivi può ottimizzare gli appuntamenti riducendo il "no show" del 70% grazie alla programmazione intelligente. «Questi software incrociano una serie di dati come le previsioni del tempo, il traffico partendo dal domicilio del paziente, l'età, eccetera così che nell'arco delle 24 ore si profilano e si prioritizzano le chiamate per efficientare le visite e le liste di attesa. Questo ha un impatto sulla gestione e organizzazione della struttura ospedaliera, ma anche su tutti noi».

La digitalizzazione del sistema sanitario è uno degli obiettivi principali della missione 6 salute del Pnrr e i fondi messi a disposizione rappresentano una grande opportunità per l'ammmodernamento del parco tecnologico ospedaliero e per gli investimenti in R&S di nuove tecnologie intelligenti al servizio della sanità. «L'ho definito il piano Marshall, in Italia in due anni verranno sostituite 3.133 grandi apparecchiature. Detto questo, resta un punto interrogativo sul futuro a lungo termine. Questo piano avrà un seguito?».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli algoritmi predittivi possono ottimizzare gli appuntamenti riducendo le liste d'attesa
Dei 50 petabytes di dati generati dagli ospedali in media all'anno a livello globale, solo il 3% viene utilizzato



Liste di attesa, la nuova ricetta «È vietato chiudere le agende»

Nasce il Cup regionale, via ai controlli sull'attività intra-moenia Palese: «Cambia il meccanismo, così emergeranno le distorsioni»

● **BARI.** L'istituzione del Cup unico regionale, e di liste riservate per garantire le prestazioni ai malati oncologici e agli altri soggetti fragili. Il divieto assoluto di chiudere le agende di prenotazioni. Un giro di vite sull'attività intra-moenia, con sistemi di monitoraggio capaci di rilevare eventuali abusi. La delibera con cui ieri la giunta regionale ha disposto l'aggiornamento del Piano contro le liste d'attesa servirà, almeno sulla carta, a stabilire responsabilità precise: perché adesso, in materia di gestione delle agende, cominceranno a rispondere anche direttori sanitari e dirigenti di distretto.

Le novità contenute nel provvedimento richiederanno adeguamenti al sistema informatico Edotto, che dovrà superare l'attuale distinzione su base provinciale. Ma anche - ad esempio - segnalare a chi di dovere i casi in cui le agende di prenotazione vengono chiuse, e prevedere le cosiddette pre-liste collegate ai percorsi di tutela dei pazienti fragili. «Partiremo immediatamente - garantisce l'assessore alla Salute, Rocco Palese - con un modello che ci servirà non solo di avere un controllo immediato, ma anche di capire in modo mirato cosa accade. Grazie al lavoro del Dipartimento abbiamo rispettato gli impegni presi su questo tema con i gruppi di maggioranza e le commissioni». Le agende dovranno

tutte essere gestite attraverso i Cup, eliminando quelle di reparto che consentono poi di giostrare (i posti garantiti per gli amici): a vigilare in questo caso dovranno essere direttamente i direttori generali, aiutati dal cruscotto unico regionale. I responsabili aziendali delle liste d'attesa, finora veri e propri capri espiatori delle inefficienze altrui, faranno parte di comitati di vigilanza e sorveglianza da istituire entro 30 giorni.

Si tratta in realtà di applicare norme già esistenti (il divieto di chiudere le agende esiste dal 2005), come nel caso dell'attività intra-moenia. La Regione ha da poco finito di raccogliere i dati di monitoraggio, e per la prima volta ha dato esplicite indicazioni alle Asl di assicurare «il rispetto delle disposizioni vigenti» sia sulle autorizzazioni, sia sulle verifiche circa il rispetto dei limiti alle visite private: questo per evitare i «comportamenti opportunistici». Se i tempi di attesa per una data prestazione sono eccessivi - scrive la Regione - «le aziende devono attuare una strategia di progressivo contenimento delle prestazioni libero professionali relative a quella specialità, a favore di una maggiore erogazione di prestazioni istituzionali».

Ieri intanto in commissione Salute si è parlato della istituzione della Azienda zero, cioè della Asl che dovrebbe occuparsi di appalti e concorsi.

Il capo Dipartimento, Vito Montanaro, ha garantito che si andrà avanti, ma i tempi non saranno brevi. Le due proposte (quella di Amati e quella di Ventola) hanno entrambe pregi e difetti: la giunta sembra preferire quella del centrodestra, ma lo scoglio sono i costi. La Regione sta infatti già trattando con il ministero della Salute per l'istituzione delle nuove aziende ospedaliere di Lecce e Taranto (i policlinici collegati con le Facoltà di Medicina) che già porterebbero a 12 il numero delle aziende sanitarie: la Azienda Zero sarebbe la tredicesima. Per superare questo ostacolo servirebbero accorpamenti che in questo momento appaiono impraticabili, anche a livello politico. L'idea di «riciclare» l'Aress è ritenuta interessante ma impraticabile, perché tecnicamente si tratta di una agenzia e non di una Asl vera e propria, e dunque non avrebbe il peso tecnico necessario a occuparsi di assunzioni e appalti. *[m.sc.]*

IN GIUNTA L'OK ALLE LINEE GUIDA

Ci saranno agende riservate per i malati di tumore e gli altri pazienti fragili. In ogni Asl arrivano i comitati di vigilanza

L'«AZIENDA ZERO»

In commissione il «sì» della giunta, ma i tempi per istituirla non saranno brevi



L'ASSESSORE Rocco Palese (Salute): «Grazie al Dipartimento rispettate le indicazioni ricevute dai gruppi di maggioranza e dalle commissioni»

