



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 NOVEMBRE 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



L'incontro con il sindaco

Cardiochirurgia pediatrica di Taormina, Schifani: «Vogliamo che non sia chiusa»

Avviata un'interlocuzione con il ministro della Salute per trovare una soluzione amministrativa

15 Novembre 2023 - di [Redazione](#)

«Il centro di **cardiochirurgia pediatrica** dell'ospedale di **Taormina** è un'eccellenza che va tutelata. Per questo motivo è già stata avviata un'interlocuzione con il **ministro della Salute** per trovare una soluzione amministrativa». Lo ha detto il presidente della Regione Siciliana, **Renato Schifani**, incontrando all'Ars, a margine dei lavori d'aula, il sindaco di Taormina **Cateno De Luca**.

«Insieme al primo cittadino- prosegue il presidente- abbiamo concordato sull'esigenza di **mantenere aperto il reparto**, che rappresenta un punto di riferimento per tutta l'area orientale della Sicilia, ma anche della vicina Calabria».



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

Diabete di tipo 2. Smettere di fumare riduce il rischio di svilupparlo del 30-40%

È quanto emerge da un brief, sviluppato da Oms, International Diabetes Federation e Università di Newcastle. Krech (Oms): “Gli operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nel motivare e guidare le persone con diabete di tipo 2 nel loro percorso verso l’abbandono del tabacco”



15 NOV - Un nuovo brief, sviluppato congiuntamente dall'Oms, dalla International Diabetes Federation (IDF) e dall'Università di Newcastle, rivela che smettere di fumare può ridurre il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2 fino al 30-40%. L'IDF stima che 537 milioni di persone soffrano di diabete, un numero che continua ad aumentare rendendo il diabete la nona causa di morte a livello globale. Il diabete di tipo 2 è una delle malattie croniche più diffuse a livello mondiale e rappresenta oltre il 95% di tutti i casi di diabete. Tuttavia, il diabete di tipo 2 è spesso prevenibile. “Smettere di fumare – sottolinea una nota – non solo riduce il rischio di sviluppare il diabete di tipo 2, ma migliora anche sostanzialmente la gestione e riduce il rischio di complicanze del diabete. Le prove suggeriscono che il fumo influenza la capacità del corpo di regolare i livelli di zucchero nel sangue, che può causare il diabete di tipo 2. Il fumo aumenta anche il rischio di complicanze legate al diabete come malattie cardiovascolari, insufficienza renale e cecità. Il fumo ritarda inoltre la guarigione delle ferite e aumenta il rischio di amputazioni degli arti inferiori, comportando un onere significativo per i sistemi sanitari”. “La Federazione Internazionale del Diabete incoraggia fortemente le persone a smettere di fumare per ridurre il rischio di diabete e, se hanno il diabete, per evitare complicazioni. Chiediamo ai governi di introdurre misure politiche che scoraggino le persone dal fumare e rimuovano il fumo di tabacco da tutti gli spazi pubblici”, spiega il Prof. **Akhtar Hussain**, Presidente della Federazione Internazionale del Diabete. Il messaggio è chiaro: smettere di fumare non significa solo avere polmoni e cuori più sani; è anche un passo concreto nella riduzione del rischio di diabete di tipo 2. “Gli operatori sanitari svolgono un ruolo fondamentale nel motivare e guidare le persone con diabete di tipo 2 nel loro percorso verso l’abbandono del tabacco. Allo stesso tempo, i governi devono compiere il passo cruciale per garantire che tutti i luoghi pubblici interni, i luoghi di lavoro e i trasporti pubblici siano completamente privi di fumo. Questi interventi sono salvaguardie essenziali contro l’insorgenza e la progressione di questa e di molte altre malattie croniche”, ha affermato il dottor **Ruediger Krech**, Direttore della Promozione della Salute dell’Oms.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Camera celebra Giornata del Diabete, Mulè “Legge 130 traguardo storico”

ROMA (ITALPRESS) – L'Italia fa progressi sulla ricerca con la legge 130 del 15 settembre 2023 che prevede nel 2024 l'avvio di screening per il diabete 1 e la celiachia nella fascia pediatrica da zero a 17 anni. “Credo che sia un traguardo importante sul quale tutto il Parlamento si è trovato coeso, il progresso

ROMA (ITALPRESS) - L'Italia fa progressi sulla ricerca con la legge 130 del 15 settembre 2023 che prevede nel 2024 l'avvio di screening per il diabete 1 e la celiachia nella fascia pediatrica da zero a 17 anni. "Credo che sia un traguardo importante sul quale tutto il Parlamento si è trovato coeso, il progresso delle cure e gli investimenti sulla prevenzione garantiamo alla fascia più giovane della nostra popolazione di avere le stesse aspettative di vita delle persone che non hanno questa malattia" ha detto il ministro della Salute, Orazio Schillaci, durante il convegno che si è tenuto a Montecitorio in occasione della Giornata mondiale del diabete. "E' un provvedimento che pone l'Italia all'avanguardia, prima Nazione a dotarsi di una legge che prevede in modo sistematico programmi pluriennali di screening per la celiachia e per il diabete di tipo 1 rivolti alla popolazione pediatrica" ha spiegato il ministro. "Fare lo screening tra 0 e 17 anni - sottolinea il vicepresidente della Camera, Giorgio Mulè, primo firmatario della legge - consente non solo di prevenire e avere una diagnosi precoce, ma anche di gestire al meglio la malattia. Il diabete può avere delle complicanze cardiovascolari e neurologiche che con questo screening non insorgeranno e saranno gestite al meglio dai medici". "Ogni giorno - ha spiegato Mulè - in Italia sono quattro i bambini che hanno l'esordio di diabete tipo 1, negli ultimi due anni l'insorgenza è passata dal 4 al 27% dei nuovi casi e quindi, a maggior ragione, è benvenuta questa



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

legge che non a caso è stata già cercata da 13 Paesi dell'Unione europea e da numerosi altri paesi dall'America all'Asia per poter essere copiata e messa in atto negli altri Paesi". "La legge, la cui approvazione è stata unanime, ha dimostrato che non si è fatta politica sulla salute dei cittadini ma si è agito nella visione comune di fare il bene di tutti". Si stima che siano oltre 4 milioni le persone affette da diabete in Italia. Il dato emerge da una lettura integrata dei sistemi di sorveglianza Passi e Passi d'Argento, coordinati dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con le Regioni, a partire dalle informazioni raccolte nel periodo 2016-2022 su un campione complessivo della popolazione residente in Italia di oltre 285mila persone sopra i 18 anni di età. "Siamo orgogliosi di questa giornata storica che evidenzia una legge altrettanto storica" ha sottolineato Nicola Zeni, presidente della fondazione italiana del diabete "è un grandissimo risultato che ci vede partecipi in questa giornata mondiale per essere molto più efficaci nel contrasto al diabete e che se non adeguatamente riconosciuta può portare a gravi conseguenze".

Sindacati Medici

Mobilitazione confermata: risposte insufficienti da parte del ministro Schillaci

La legge di Bilancio sia emendata per soddisfare le nostre richieste - invocano sindacati. Il Ssn versa in una condizione drammatica, per restare pubblico ha bisogno di interventi strutturali urgenti

PAGINA

6

Cecilia Augella

MINISTRO Schillaci disponibile, ma risposte insufficienti

Sindacati medici Confermata la mobilitazione

La disponibilità mostrata lunedì dal ministro della Salute Schillaci, non è bastata all'Intersindacale dei dirigenti medici, veterinari e sanitari, (della quale fa parte anche la Cisl Medici), per decidere di sospendere la mobilitazione del settore. "Appreziamo la disponibilità al confronto con le organizzazioni - affermano le organizzazioni - così come la sua "buona volontà" di fronte alle richieste. Tuttavia non abbiamo elementi concreti sufficienti per interrompere la mobilitazione affinché la legge di Bilancio, proposta dal governo, sia emendata per soddisfarle adeguatamente". Il Servizio sanitario nazionale per restare pubblico e universale - affermano ancora i sindacati che definiscono drammatica la situazione attuale - "ha bisogno di interventi strutturali urgenti di tipo organizzativo e finanziario, sia per l'assistenza territoriale sia per quella ospedaliera: sblocco del tetto imposto da anni sulla spesa del persona-

le, piano assunzionale straordinario, stabilizzazione dei precari, riforma della formazione e contratto formazione-lavoro, finanziamento adeguato dei contratti e dell'indennità di specificità professionale, defiscalizzazione del salario accessorio, corresponsione Tfs come il Tfr con assegno unico e non a rate ritardate, nonché abolizione di tutte le penalizzazioni pensionistiche della manovra 2024", sottolineano i sindacati dirigenti medici, veterinari e sanitari del Ssn Aaroi-Emac, Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr), Cisl medici, Fp Cgil Medici e dirigenti Ssn, Fvm-Federazione veterinari e medici,



Conquiste del Lavoro

Uil Fpl medici e veterinari. "I professionisti della sanità sono allo stremo, il Servizio sanitario nazionale rischia di collassare, gli interventi proposti da questo governo sono assolutamente insufficienti e troppo spesso dannosi, serve un cambio di passo che al momento non vediamo all'orizzonte. Per questo la nostra mobilitazione continua - con iniziative articolate e con sempre maggiore convinzione e compattezza". Il calendario delle azioni di mobilitazione sarà reso noto nei prossimi giorni.

Intanto la Cisl Lazio e la Cisl Fp Lazio hanno chiesto e ottenuto di aprire il confronto con la Regione Lazio per dare seguito alle disposizioni del decreto collegato alla Legge di bilancio. "Abbiamo portato a casa il risultato - afferma Giancarlo Cosentino, reggente della Cisl Fp Lazio, dopo l'incontro in Regione. Vale a dire le risorse necessarie per dare agli oltre 50mila dipendenti e professionisti del Servizio sanitario regionale e dell'amministrazione regionale l'anticipo contrat-

tuale 2024 (pari a 6,7 volte l'indennità di vacanza contrattuale), da pagare con lo stipendio di dicembre 2023". Questo è il frutto - aggiunge Cosentino - del dialogo e del confronto che ha fatto seguito ai risultati ottenuti dalla Cisl e dalla Cisl Fp nazionali in sede di discussione della manovra Finanziaria, con gli stanziamenti per l'anticipo contrattuale ai dipendenti dello Stato e delle funzioni centrali.

"Diamo atto al presidente Francesco Rocca e all'assessore al Personale, alla Polizia Locale, agli Enti Locali e Sicurezza urbana, Luisa Regimenti, di aver risposto positivamente e tempestivamente alle nostre sollecitazioni, riconoscendo la necessità di sostenere le lavoratrici e dei lavoratori del Lazio, che attraversano una fase di particolare difficoltà nell'attuale contesto economico - prosegue il sindacalista. Stiamo già avanzando analoga richiesta nei confronti di tutti i sindaci e vertici delle funzioni locali della regione. Vogliamo che la stessa opportunità sia garantita a tutti i dipendenti dei

comuni, delle province, della Città metropolitana e delle Camere di commercio".

La Legge di bilancio deve essere ancora migliorata, eliminando, tanto per cominciare, le penalizzazioni previdenziali per i dipendenti pubblici. Per questo - conclude Cosentino - sabato 25 novembre saremo in piazza Santi Apostoli per la grande manifestazione nazionale della Cisl. Per far sentire la nostra voce e costruire il patto sociale che serve per tutelare le lavoratrici e i lavoratori.

Cecilia Augella



IL SOCCORSO SI FA PRIVATO

Se l'accesso alle cure d'emergenza del Servizio nazionale diventa un'odissea, tra code infinite e «parcheggi» in barella, ecco diffondersi nelle grandi città italiane l'assistenza a pagamento per i codici «verdi e bianchi», i casi non così urgenti che però non vanno trascurati. Tra vantaggi e possibili rischi, è già scoppiata la polemica.

di Laura Della Pasqua

Malati parcheggiati nelle barelle per settimane, medici costretti a turni massacranti per coprire le urgenze, problemi di sicurezza. Il Pronto soccorso sono diventati gironi danteschi. Una situazione che non è cambiata nemmeno nel post-pandemia. Hanno fatto il giro dei media i casi dell'uomo di 77 anni bloccato per 43 giorni su un letto di un ospedale romano in attesa di essere visitato, e della 59enne morta a Scafati, nel Salernitano, in seguito a un malore improvviso accusato nei pressi dell'ingresso del Ps, chiuso per lavori.

Due episodi di tale gravità che hanno coinvolto perfino il Parlamento, e la commissione Affari sociali e Salute della Camera ha aperto un'indagine conoscitiva per fare chiarezza perché, afferma il presidente Ugo Cappellacci, il livello è «intollerabile».

Non fanno più notizia le fughe di medici all'estero o verso le strutture private, i pensionamenti anticipati appena se ne offre la possibilità,

mentre le università sfornano sempre meno laureati e i concorsi di specializzazione rimangono deserti. Ogni anno, come indica l'Anao Assomed, ci sono quattro-cinquemila uscite dal lavoro per raggiunti limiti di età e duemila prepensionamenti. In una condizione di grave carenza, perché servirebbero almeno 15 mila medici in più.

E lì dove il sistema pubblico non riesce più a dare risposte, si fanno largo i privati. Dopo i «gettonisti», i camici bianchi forniti da cooperative per coprire i turni scoperti nelle corsie, un altro fenomeno sta mettendo radici nella Sanità. Ovunque, nelle grandi città, spuntano iniziative che offrono assistenza e cura h24 ma a pagamento. L'emergenza-urgenza fino a qualche tempo fa non era affare del privato, più interessato a massimizzare i profitti in attività diagnostiche routinarie. Ora però l'incapacità del pubblico di far fronte alla domanda ha aperto nuovi spazi.

Più che Pronto soccorso, preferiscono definirsi «ambulatorio-pronto soccorso» o «ambulatorio ad accesso diretto», sottolineando così che rappresentano un passaggio intermedio tra il medico di

base e l'ospedale. Intervengono sui casi definiti in codice bianco e verde, cioè a bassa problematicità, che non rappresentano un'emergenza.

In Lombardia, dove la privatizzazione della Sanità è perseguita da tempo, realtà di questo tipo sono già presenti. A Bergamo, al Policlinico San Marco di Zingonia con 149 euro non si fa la fila. La struttura, attivata dal Gruppo San Donato, prevede, come si legge nel sito, una assistenza «in caso di necessità di prestazioni sanitarie che non hanno carattere di emergenza (medicazioni di tagli o ferite, riscontro medico dopo un trauma di lieve-media entità, distorsione, rottura di un dente, cistite...)». Il paziente può recarsi presso l'ambulatorio per ricevere l'assistenza dei seguenti specialisti: ortopedico; chirurgo polispecialistico; odontoiatra; urologo».

Questa soluzione è presente anche in altri ospedali del Gruppo San Donato, quali i milanesi Galeazzi-Sant'Ambrogio e il Policlinico San Donato, e il bresciano S. Anna.



Centri dove viene precisato che «i costi relativi a eventuali esami diagnostici di 1° e 2° livello e strumentali stabiliti dallo specialista a seguito della visita non sono compresi». Quindi con 149 euro si può evitare la fila.

In Lombardia ci sono altre iniziative simili. Gli ospedali del San Donato sono strutture sanitarie accreditate, cioè centri privati convenzionati con il Servizio sanitario nazionale nei quali il paziente paga un ticket per le prestazioni mediche mentre il costo della prestazione fornita viene poi rimborsato dal Ssn. L'ambulatorio ad accesso diretto è invece totalmente privato.

Ci sono poi strutture che non fanno parte di ospedali convenzionati. Da anni è operativo a Milano il Codice Verde, un servizio di pronto soccorso privato nato 12 anni fa, solo per patologie minori. L'obiettivo è «offrire un'alternativa a tutti coloro che altrimenti dovrebbero attendere ore nelle sale d'attesa del pronto soccorso». Gestiscono circa 600 pazienti l'anno che pagano 150 euro per la pre-

stazione. Un'idea analoga a quella del BresciaMed, sorta a Brescia lo scorso maggio, sempre per interventi rapidi.

In Piemonte, la discussione è aperta. L'assessore regionale alla Sanità, Luigi Icardi, è favorevole, ma appena ha detto che «a Torino sarebbero utili due o tre Pronto soccorso privati per decongestionare quelli pubblici», sono scoppiate le polemiche. «A Torino non servono nuovi Ps. Servirebbe avere più posti letto per acuti e post-acuti, per poter ricoverare ed evitare attese per giorni in barella. Servirebbe ridurre gli accessi impropri. Servirebbe valorizzare il personale» ha risposto l'Anaa Assomed Piemonte.

A Roma il Gruppo Villa Claudia ha avviato un servizio di assistenza h24 e 7 giorni su 7 per le emergenze mediche, chirurgiche o traumatologiche. Il malato, dopo un triage telefonico, viene indirizzato verso la struttura più adeguata. Se i sintomi non sono gravi è mandato a Villa Salaria Hospital, altrimenti si aprono le porte del Pronto soccorso.

Sempre nella Capitale, ec-

co il Romamed Service, guarda medica privata a domicilio. Si legge nel sito: «Quando il medico di famiglia non può accorrere o sei impossibilitato a recarti in ospedale, puoi contattare la nostra Centrale Operativa per richiedere l'intervento di un medico generico o di uno specialista.

Il fenomeno è guardato con sospetto dalle associazioni mediche. Fabio De Iaco, presidente della Società italiana di medicina d'emergenza (Simeu), prospetta un'ipotesi inquietante: «Che succede se un paziente si rivolge a un centro privato per un semplice mal di stomaco, per esempio, ma poi si scopre che è un principio d'infarto? Chiamano un'ambulanza per mandarlo al Pronto soccorso dove deve ricominciare la trafila? Se parliamo di grandi gruppi sanitari privati, ha un senso avere un pronto soccorso privato-convenzionato perché c'è un polo ospedaliero dietro che dà ogni tipo di risposta. E non c'è nulla da dire. Ma pensare di sostituire il pubblico con il privato, per le emergenze, io ci andrei cauto».

Per non parlare poi del lato economico. I costi di accesso a queste strutture «non rappresentano il totale finale, perché eventuali esami radiologici o prelievi li paghi» avverte De Iaco. «Quindi il conto alla fine sarà salato. Un'appendicite complessa, faccio un esempio, nel privato può anche costare 18-20 mila euro. Ecco, sono cifre che non tutti possono permettersi e anche le assicurazioni non è detto le coprano». Allora si torna in ospedale, e la maratona da incubo continua.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il Pronto soccorso privato dell'ospedale Galeazzi di Milano, del gruppo San Donato.





Dir. Resp. Marco Girardo

SANITÀ

Cura di giustizia per la medicina che discrimina

FILIPPO M. BOSCIA

Osservatori socio-sanitari, società di analisi, associazioni e federazioni hanno lanciato tre allarmi.

a pagina 15

ANALISI Oggi sono in gioco i principi ispiratori dell'intero sistema: la radiografia del presidente dei Medici cattolici

Per la sanità una cura di giustizia contro la medicina che discrimina

*Crescono tecnologie, prestazioni, burocrazia
mentre i curanti perdono di vista le persone
È in discussione il diritto alla salute: con i soli
criteri economici si generano liste di scartati*



FILIPPO M. BOSCIA

Osservatori socio-sanitari, società di analisi e gran parte di associazioni e federazioni hanno lanciato tre allarmi: la sanità si è ammalata nel mondo; i medici sono pronti a mollare; l'asino del Samaritano si è azzoppato. Viviamo in una società che ha perso la retta visione dei valori inalienabili, lo sguardo caritatevole del *care*, e allontanandosi dalla condivisione della sofferenza si sta privando del sentimento della compassione.

La "questione medica" ci chiama in emergenza a difendere la sanità pubblica in un momento nel quale il personale medico è al collasso e l'accorpamento dei reparti è in fase di attuazione, mentre 15 anni di tagli hanno ridotto il Servizio sanitario nazionale allo stremo. Abbiamo generato un'organizzazione sanitaria tecnologicamente e informaticamente avanzata, ma sempre più disumanizzante. La spinta innovativa propone nuove tecnologie e più accelerato turnover, ma gli investimenti richiesti non sono oggi sostenibili e il sistema welfare è già da tem-

po in rendicontazione traballante. Il rilancio della Sanità è richiesto dal 92% degli italiani e dal personale medico.

Abbiamo bisogno di rafforzare le strutture pubbliche per evitare che possano escludere molti da cure non più sostenibili. Intanto medici e specialisti in fuga da ruoli di emergenza/urgenza e sempre più esposti a necessità assicurative non sostenibili decidono di mollare. I posti disponibili nelle scuole di specializzazione vanno deserti. Siamo in emergenza e il mondo medico si chiede "chi cura/curerà i curanti?". Interrogativo emerso anche nella recente assemblea dei Medici cattolici italiani di Assisi che, tra l'altro, ha chiamato politici e non alle loro responsabilità per una deriva dei servizi



sanitari, mutati da universalistici e solidaristici a medicina degli scartati. Quanto alla Medicina di famiglia, rielabora l'anima buona della sanità e auspica sinergie nuove che ne tengano solide le fondamenta. Desideriamo guardare al domani con sguardo nuovo, come auspicato dal presidente della Repubblica Mattarella.

L'ospedale accogliente e disponibile sta lasciando spazio all'Azienda, ridotta da fatto positivo a negatività, dispersa tra acronimi, stabilimenti di cura e dipartimenti: macchina organizzativa e gestionale immemore del valore dei sofferenti, del *patio*, dell'accoglienza "ospitale", oppressa da rendicontazione computerizzata, atti informatizzati, linee guida non personalizzate, malattie escluse e non ancora codificate che motivano il malato a chiedersi "dove vado?" e non "da chi vado?"

Certamente si va verso la negazione del principio costituzionale del diritto alla salute, non più assoluto ma diventato relativo, annoverato tra quelli relativi, subordinati alla discrezionalità del legislatore, con disponibilità finanziarie che condizionano qualità e livello delle prestazioni sanitarie.

I criteri meramente economici confliggono con i principi di equità e pari dignità della persona, oggi "utente-cliente", *homo economicus* di una medicina erogata con la sveglia al collo. Si invoca più salute, benessere, prevenzione e istruzione per tutti, a fronte di defianziamenti. La spinta a erogare sempre più prestazioni mutila un rapporto umano essenziale, irrinunciabile, che richiede competenze tecniche e metodologie interdisciplinari ma che non può prescindere da vicinanza, conforto, con-passione, condivisioni... Una *debacle* che taluni utilizzano per spingere verso assicurazioni integrative volontarie o bonus salute aziendali, innovativi sistemi ed evoluzioni di cura premiate da

detraibilità fiscale. Ma se allo stesso tempo si incentivano o defiscalizzano i piani di sanità integrativa il risultato sarà far diminuire le risorse destinate dalla fiscalità generale al Servizio sanitario universalistico e solidaristico.

La contraddizione diventa marcata considerando che i piani sono stati proposti come benefit in contrattazioni di lavoro, collegando il diritto alla salute con il possesso di un'occupazione, e i senza lavoro ancor più penalizzati ed esclusi. In ospedali e cliniche la doppia fila è reale: da una parte gli "assicurati", dall'altra i "figli di un dio minore". Devastazione discriminante inaccettabile, insensata, che

fa saltare i principi di equità e pari dignità, crea paradossi e dilemmi esistenziali.

Queste direzioni anomale delle politiche della salute creano contraddizioni, rinuncia e fuga del cittadino dalla sanità pubblica a quella sanità privata o telematica. Chi

opta per fondi di assistenza personale contribuisce a uccidere il fondo universalistico, così che la Sanità cambia volto: incapaci di comunicare dal vivo, avremo una "sanità fai da te", la parcellizzazione delle cure sempre più specialistiche e meno coordinate, e una grammatica emotiva ridotta al minimo.

La tecnologia che diventa automazione, l'col progressivo sviluppo dell'intelligenza artificiale e la globalizzazione metaverso-orientata negano la questione della prossimità rapportata ai bisogni della persona. Per agire con concretezza su questi problemi oggi va ripensata tutta la medicina, coltivando l'etica del come fare la cosa giusta al momento giusto sapendo scegliere tra bene e male. Un notissimo ospedale pugliese, eccellenza per numerose branche medico-chirurgiche oncologiche e radioterapiche, l'ente ecclesiastico no profit Ospedale Miulli di Acquaviva delle Fonti (Bari), è costretto a interrompere le prestazioni, pur se continuative di follow-up già prenotate, per pazienti provenienti da regioni limitrofe a causa di tetti invalicabili di spesa. Disuguaglianza è anche questo innalzare barriere tra Regioni, ancor più se in condizioni di svantaggio sociale, dove più ci si ammala e si guarisce meno.





Privare della cura il sofferente è disumano, ma fotografa quanto accade nella Sanità: un'esperienza che priva della libertà di scelta del luogo di cura più congeniale, e anche della speranza.

La Medicina deve "stare con"; socializzare, perché la cura delle persone è molto più della cura delle malattie. Non allarghiamo la forbice tra chi può e chi non può accedere a cure salvavita, e che può anche morire. E vigiliamo perché il federalismo fiscale, per ora ancora solidale, non leda l'uguaglianza dei cittadini. Gli avanzamenti del segmento "missione/salute" del Pnrr non tradiscano gli obiettivi né impediscano la realizzazione di progetti oggi fermi ma favo-

riscano la corretta gestione delle risorse per risposte mirate in relazione alla piaga dell'intramoenia, alle liste d'attesa e alla presa in carico dei pazienti. L'intramoenia è tanto preoccupante da abolire, causa di sperequazioni e ingiustizie. Inseriamo, viceversa, i medici nelle attività aggiuntive, per una gestione onesta e partecipata, vigilata e controllata. L'incontro tra fiducia e coscienza si ricomponga per reciproca collaborazione di stima/fiducia, di relazione che si fa cura e tutela della salute. Si annulli il rapporto di clientela tra azienda e utente. Le abilità acquisite dal pubblico non siano catturate dal privato (che offre maggiori retribuzioni), con una perdita netta del capitale umano.

Il futuro della sanità e del diritto universale alle cure dipende da noi, dall'impegno

che si pone all'attenzione medica, questione epocale che non deve smarrire la propria identità che dà forza alla nostra umanità. I sistemi sanitari rimettano al centro la figura del medico di famiglia. Ogni medico fedele al Giuramento di Ippocrate riscopra nell'umanità la sua vera intraprendenza coraggiosa.

**Presidente nazionale
Associazione medici
cattolici italiani (Amci)**

La macchina organizzativa e gestionale è oppressa da rendicontazione computerizzata, atti e protocolli, linee guida prive di attenzione a donne e uomini che non sono "clienti"

Il profilo umano del sistema sanitario rischia di cedere il passo a un approccio dove prevalgono gli aspetti economico e burocratico

C'è bisogno di rafforzare le strutture pubbliche per evitare che possano escludere molti da cure non più sostenibili
L'organizzazione sanitaria non può disumanizzarsi





Dir. Resp.: Marco Girardo

«Nessun bambino è incurabile»

Come si evitano tragedie come quella di Indi? La risposta nel decalogo del «Bambino Gesù» dopo la morte di Alfie nel 2018. Una «Carta dei diritti» del paziente e dei suoi genitori che ha ispirato anche l'offerta di accogliere a Roma la piccola disabile

FRANCESCO OGNIBENE

«Non esistono mai bambini "incurabili"». È l'architrave della «Carta dei diritti del bambino inguaribile» prodotta dall'Ospedale pediatrico Bambino Gesù nel maggio 2018, un mese dopo la morte del piccolo Alfie Evans a Liverpool, una vicenda per molti aspetti simile a quella di Indi. A cominciare dall'offerta di accogliere nella struttura romana il piccolo malato condannato a morire per distacco dei supporti vitali da medici e giudici inglesi che, cinque anni fa come adesso, respinsero la proposta di collaborazione clinica dell'"ospedale del Papa". Allora presidente Mariella Enoc, coinvolta in prima persona nel tentativo di portare Alfie da Liverpool a Roma, volle che la lezione di un caso tanto drammatico e lacerante restasse scritta nero su bianco in un documento di riferimento non solo per i "suoi" medici ma offrendolo anche a tutta la comunità scientifica mondiale. Dall'impegno di quei giorni di

dolore e insieme di assoluta chiarezza su quel che andava fatto o evitato uscì un testo che, alla luce di quanto accaduto, se possibile è ancora più attuale adesso. In queste ore molti si sono chiesti quali cure avrebbe potuto ricevere Indi al Bambino Gesù, che era davvero prontissimo ad accogliere lei e i suoi genitori, a partire da una conoscenza già completa del caso, e cosa occorre fare perché una tragedia simile non debba ripetersi mai più. La risposta a entrambe le domande è nelle 16 pagine di un testo di grande buon senso e umanità, ispirato a una certezza: «Tutti i bambini hanno diritto alle cure, perché curare non significa solo guarire, ma anche prendersi cura, sostenere e accompagnare». Una distanza incolmabile dall'approccio "biologista" che abbiamo visto all'opera nei giorni scorsi. L'approccio umanistico percorre il documento sin dal primo punto del decalogo: «Il bambino e la sua famiglia hanno diritto alla migliore relazione con il medico e il personale sanitario», indicando così «l'Alleanza terapeutica tra famiglia e medico» come «elemento fondamentale di ogni processo di cura che coinvolga un minore». Ne nasce il secondo

punto: «Il bambino e la sua famiglia hanno diritto all'educazione sanitaria», con «progetti di assistenza centrata sulla famiglia, che prevedano la creazione di percorsi strutturati per il coinvolgimento diretto delle famiglie nei processi di cura, e di medicina narrativa, basata sul rapporto di ascolto e condivisione delle esperienze». Una relazione forte, in grado di allontanare sul nascere ogni dissidio tra curanti e familiari del piccolo paziente. Non meno decisivo per questo il punto numero 3: «Il bambino e la sua famiglia hanno diritto a ottenere una *second opinion*», quella che è stata negata in tutti i casi risolti inglesi risolti con la morte prematura del paziente. Al Bambino Gesù sono invece convinti che «il bambino e i suoi familiari hanno diritto a richiedere e ottenere un approfondimento o un'opinione medica aggiuntiva da parte di sanitari e strutture con adeguate e comprovate competenze su una diagnosi ricevuta o un trattamento prescritto». Naturale conseguenza (punto 4) è che «il bambino e la sua famiglia hanno diritto a ricevere il miglior approfondimento diagnostico» e che (5) «il bambino ha diritto ad ac-

cedere alle migliori cure sperimentali», a condizione che siano validate da «Comitati etici che si avvalgano di specifiche competenze pediatriche». Nel punto 6 si avverte l'eco dell'amara lezione delle vicende inglesi - «il bambino ha diritto a usufruire della mobilità sanitaria transfrontaliera» -, con un principio che pare un diritto ovvio ma che, negato, ha condotto al disastro: «L'ospedale rispetta il diritto del fanciullo e dei suoi genitori a scegliere il professionista sanitario e la struttura cui rivolgersi». E se i punti 7 e 8 riconoscono al bambino il «diritto alla continuità delle cure e alle cure palliative» e «al rispetto della sua persona anche nella fase finale della vita, senza alcun accanimento terapeutico», nei due paragrafi conclusivi si torna a considerarlo parte di una famiglia con la quale condivide il «diritto all'accompagnamento psicologico e spirituale» e alla «partecipazione nelle attività di cura, ricerca e accoglienza», cioè a essere «coinvolti e consultati nelle decisioni sanitarie e organizzative prese dall'ospedale». Un altro mondo: quello dove vogliamo far crescere i nostri figli.

La centralità delle relazioni con l'équipe curante, l'accesso alla "second opinion" e alle terapie sperimentali, la mobilità transfrontaliera, il rispetto della persona: dieci priorità che prevengono scelte di morte

IL TEMA

L'ospedale pediatrico ripropone il documento clinico ed etico ispirato al riconoscimento della piena dignità del malato e al dialogo dei medici con la sua famiglia





Dir. Resp. Marco Girardo

L'INTERVISTA

«Si investa su hospice e cure palliative»

La neurologa Servidei: serve un progetto serio per garantire l'assistenza sul territorio ai malati gravi

GRAZIELLA MELINA

La decisione di staccare i supporti vitali deve avvenire in maniera multidisciplinare e condivisa al letto del paziente. Perché, come spiega Serenella Servidei, docente di Neurologia all'Università Cattolica e direttore di Neurofisiopatologia della Fondazione Policlinico Gemelli di Roma, «la linea di confine con l'accanimento terapeutico è sottilissima e la scelta è drammatica». Senza contare poi le difficoltà per le famiglie. «Oggi - denuncia Servidei - manca un approccio condiviso sul fine vita e un progetto serio, con gli investimenti economici necessari, per garantire sul territorio l'assistenza ai malati gravi, anche in fase terminale, e il supporto ai familiari».

Quale insegnamento lascia questa storia così triste?

Sono vicina ai genitori di Indi, bellissima bimba dalla vita purtroppo brevissima, e la perdita di un figlio è un dolore per me inimmaginabile. Ma il senso profondo della vita di Indi e di tanti bambini come lei, di cui non si parla, ci deve far riflettere su come una malattia devastante debba essere affrontata nella maniera più giusta, ma anche solidale, rispettando le sofferenze del bambino e dei genitori e accompagnandoli nel loro doloroso percorso.

È possibile comprendere l'evoluzione delle malattie mitocondriali e quindi la prognosi?

Le malattie mitocondriali sono molto eterogenee e possono manifestarsi a qualsiasi età, dalla nascita all'età avanzata. La prognosi non è sempre formulabile perché anche malati con lo stesso difetto genetico possono avere evoluzioni cliniche completamente diverse, a volte con esiti anche imprevedibili, bimbi adeguatamente supportati sopravvivono al di là del previsto. Tuttavia esistono degli elementi che possono suggerire quale possa essere l'evoluzione e ipotizzare una prognosi. In bimbi

con esordio della malattia in epoca neonatale e a 8 mesi già in supporto respiratorio mediante tubo endotracheale, e alimentate mediante sondino nasogastrico, in assenza di terapie purtroppo la prognosi è sempre infausta.

Come si decide il percorso più adatto?

Non si può rimanere a lungo con tubo endotracheale o un sondino nasogastrico, perché trachea ed esofago verrebbero danneggiati irreversibilmente e oltretutto costituisce una situazione di grave sofferenza. Bisogna quindi ricorrere a tracheostomia e peg. Questo è stato evidentemente considerato accanimento terapeutico dai medici inglesi alla luce delle condizioni cliniche, della rapida evoluzione della malattia e dell'assenza di cure.

Quando si opta per le cure palliative?

In Italia, la decisione tra cure palliative e sospensione delle cure si prende al letto del paziente, considerando la storia clinica, le risultanze degli esami effettuati, il decorso della malattia e le evidenze scientifiche per quella specifica condizione. Partecipano alla decisione il malato stesso, o i genitori in caso di minori, i medici curanti, i rianimatori, i bioeticisti, cercando di arrivare tutti insieme alla scelta migliore nell'interesse primario del paziente. La linea di confine dell'accanimento terapeutico è sottilissima e la scelta è drammatica. Ma lo stesso Santo Padre ha detto, in un messaggio al presidente della Pontificia Accademia della Vita (novembre 2017) che è «moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico definito proporzionalità delle cure». L'immensa sofferenza dei genitori va sempre rispettata e condivisa, tuttavia medici e giudici non solo staccano spine ma per esempio possono imporre, contro il parere dei genitori, di fare una trasfusione o altri interventi salvavita rifiutati per





motivi religiosi o ideologici. La tematica è molto complessa e sarebbe bello, in questo mondo globalizzato, si potesse affrontarla in modo globalizzato per cercare di assicurare a tutti un fine vita il più dignitoso e meno doloroso possibile.

Quali sono le maggiori criticità nel caso di malattie così gravi?

Purtroppo le criticità sono numerose. Nonostante la crescita delle acquisizioni scientifiche e delle competenze di gestione, diagnosi e assistenza delle malattie complesse, come le malattie mitocondriali, sono garantite nei grandi ospedali, non facilmente accessibili a tutti. L'assistenza sul territorio è sempre più carente, con tagli ai diritti e all'accesso alle cure domiciliari sempre più

gravosi e con il peso della gestione dei malati gravi sempre più sulle spalle dei familiari "eroi", spesso lasciati soli. E nonostante che proprio le nuove competenze abbiano portato a una più lunga sopravvivenza di malati inguaribili, le strutture per cure palliative o hospice sono pochissime, soprattutto quelle pediatriche. L'Oms definisce le cure palliative pediatriche come l'attiva presa in carico globale di corpo, mente e spirito del bambino e comprende il supporto alla famiglia. La Società italiana di pediatria ha stimato che in Italia vi accede non più del 15% dei bambini che ne avrebbe diritto.

Quindi cosa manca?

Un approccio condiviso sul fine vita e un

progetto serio, con gli investimenti economici necessari, per garantire sul territorio l'assistenza ai malati gravi, anche in fase terminale, e il supporto ai familiari. I malati sono persone fragili e incolpevoli, è un loro diritto essere sostenuti ed è un dovere di una società civile che si voglia definire tale sostenere loro e i familiari, perché possano affrontare dignitosamente la fase più difficile del proprio percorso su questa terra.

La docente della Cattolica: staccare i supporti vitali presuppone una decisione multidisciplinare e condivisa, che rispetti le sofferenze di bambino e genitori



Serenella Servidei



L'allarme diabete ora è per i giovani



IL FENOMENO

monumenti di tutto il mondo, nelle ultime notti si sono colorati di azzurro, tra questi anche il Senato, per celebrare la Giornata Mondiale del Diabete che ogni anno, il 14 novembre, ricorda il compleanno di Sir Frederick Banting, scopritore dell'insulina nel 1922, con Charles Best.

Archivate luminarie e festeggiamenti, il diabete resta, con una presenza sempre più impattante a livello di popolazione. Solo in Italia riguarda quasi 4 milioni di persone, il 90% delle quali con il tipo 2, il diabete una volta detto "dell'anziano" e oggi a esordio sempre più precoce, anche intorno ai 35-45. Negli ultimi anni si stanno registrando casi di diabete di tipo 2 anche in età adolescenziale.

LA SEDENTARIETÀ

Tutta colpa di quelle che al momento sono le condizioni più im-

portanti: il sovrappeso/obesità e la sedentarietà che hanno anche una loro geografia. La prevalenza della malattia, fa notare l'Istituto Superiore di Sanità, si caratterizza anche per un gradiente a sfavore delle regioni meridionali (fra gli ultra 65enni è pari al 25% nel Sud-Isole contro il 15% nel Nord e 18% del Centro).

E come sempre accade per tutte le malattie ad ampia diffusione, per le quali molti pensano di avere qualcosa da suggerire all'amico o al vicino di casa, ci sono altri nemici da combattere: le fake news. La Giornata Mondiale rappresenta un'occasione per smontare i falsi miti che aleggiano intorno a questa malattia. Nella top ten delle fake firmata dall'Associazione medici diabetologi troviamo l'incrollabile mito dello zucchero che "fa venire" il diabete. In realtà parliamo di una malattia del metabolismo molto complessa, legata non solo al fatto che il pancreas produce sempre meno insulina, ma anche alla cosiddetta insulino-resistenza, cioè alla mancata risposta dei tessuti all'azione dell'insulina, causata soprattutto dal sovrappeso.

È giusto limitare dolci e bibite dolcificate, ma attenzione anche e soprattutto ai grassi, densi di calo-

rie e pericolosi per le arterie, in particolare quelli saturi. Altro falso mito è che le persone con diabete non possano mangiare carboidrati: pane e pasta possono e devono essere consumati (dovrebbero rappresentare il 45-60% delle calorie giornaliere), ma preferibilmente in versione integrale; semaforo verde invece per legumi e verdure di ogni tipo, anche da cucinare in ghiotte ricette insieme alla pasta. Due porzioni di frutta al giorno sono consigliate anche alle persone con diabete, ma quella più zuccherina (cachi, uva, fichi e castagne) andrebbe consumata con moderazione.

Latte e latticini sono amici del

diabete, ma anche in questo caso sempre con un occhio attento al

contenuto di grassi saturi; bene infine portare a tavola uova e pesce e condire il tutto con un filo di olio d'oliva. E dopo pranzo, una bella tazzina di caffè, da gustare senza zucchero, è più che benvenuta. Diversi studi scientifici dimostrano infatti che il caffè è in grado di influenzare in maniera positiva il metabolismo dei carboidrati; in più essendo ricco di polifenoli antiossidanti, giova anche alla salute delle arterie e dell'organismo in generale.

IL DOSAGGIO

Uno studio appena pubblicato su *Clinical Nutrition* dimostra che bere 3-4 tazzine di caffè al giorno si associa ad una riduzione del rischio di sviluppare diabete del 25%, in particolare tra le donne. E anche secondo l'Efsa (autorità europea per la sicurezza alimentare) è d'accordo su questo numero di tazzine, che apportano un 400 mg circa di caffeina, un dosaggio adatto alla maggior parte delle persone. Quello che va assolutamente evitato è invece il fumo, l'alcol e una cattiva igiene del sonno, che a sua volta può favorire il sovrappeso.

L'attività fisica infine non dovrebbe mai mancare nella vita delle persone, sia per prevenire la comparsa di sovrappeso e di diabete, sia come pilastro del trattamento del diabete, insieme alla dieta e



ai farmaci. Regole semplici, chiare e alla portata di tutti. Il numero delle persone con diabete continua ad aumentare: negli ultimi tre anni se sono registrati altri 400 mila casi.

Ma il Covid-19 qui non c'entra, anche se ad un certo punto si era sospettato che potesse indurre la comparsa di diabete. Questa impennata di casi semmai va attribuita al peggioramento dello stile di vita durante la pandemia (si è mangiato di più e male, molti sono aumentati di peso e l'attività fisica è stata ampiamente trascurata) e all'invecchiamento della popolazione; ma forse anche ad una maggior attenzione e alla tendenza a

diagnosticare il diabete.

LA GLICEMIA

Un numero crescente di evidenze suggerisce un'associazione tra Covid-19 e nuove diagnosi di diabete, ma non è chiaro se la malattia virale scatena il diabete preesistente o induce un diabete di nuova insorgenza. Anche se alcune ricerche hanno riportato livelli glicemici elevati e conseguenze metaboliche derivanti da un diabete preesistente dopo il ricovero in ospedale per Covid, vi sono pochi studi che lo correlano al diabete di nuova insorgenza.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IMPENNATA DI CASI POST PANDEMIA PER GLI ESAMI TRASCURATI. MA NON È STATO ACCERTATO CHE SIA STATO IL VIRUS A CAUSARE IL DANNO

I PAZIENTI IN ITALIA SONO CIRCA 4 MILIONI LA PATOLOGIA SI PUÒ PREVENIRE MANTENENDO IL PESO CORRETTO, IL CAFFÈ È UN ALLEATO

La Giornata mondiale dedicata alla malattia ha evidenziato che il tipo 2 ormai viene sempre più spesso diagnosticato nelle persone di 35-40 anni. Prima causa: l'obesità



I CONSIGLI

TENERE BASSI I LIVELLI DEL COLESTEROLO

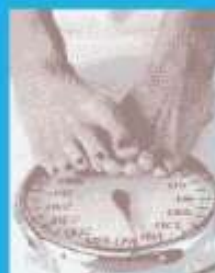
Mantenere i livelli di pressione e colesterolo sotto controllo. Il diabete può essere associato a elevati livelli di trigliceridi e bassi livelli di colesterolo "buono".

TEST OGNI ANNO SE C'È FAMILIARITÀ

Fare un controllo annuale della glicemia, se c'è familiarità. Il 40% dei diabetici di tipo 2 ha parenti di primo grado (genitori, fratelli) affetti dalla stessa malattia.

IL PESO SEMPRE SOTTO CONTROLLO

Perdere peso se si è in una condizione di sovrappeso. L'eccesso di tessuto adiposo causa insulina-resistenza, una minore efficacia nell'azione dell'insulina.



NON DIMENTICARE L'ATTIVITÀ FISICA

L'esercizio fisico riesce ad abbassare la pressione, aumentare il colesterolo HDL, ridurre i trigliceridi, favorendo la ridistribuzione del grasso corporeo.

CONOSCERE I SINTOMI DALLA SETE ALLA FAME

Tra i sintomi più caratteristici vanno ricordati: una sete intensa, una frequente necessità di urinare in maniera abbondante, un aumento dell'appetito.

NEL MENU GIORNALIERO CARBOIDRATI INTEGRALI

Il consumo quotidiano di cereali integrali (ricchi di fibre) di qualsiasi tipo, può portare a una provata riduzione del rischio di sviluppare il diabete di tipo 2.



La ricerca sull'ipertensione

Sale, togliere un cucchiaino al giorno

Eliminare un cucchiaino di sale al giorno dalla alimentazione funziona contro l'ipertensione quanto i farmaci. Anche sulle persone che sono già sotto terapia medicinale. Lo afferma uno studio americano pubblicato su *Jama*, che ha analizzato un gruppo di circa 250 persone tra i 50 ed i 75 anni. Tra i volontari

figuravano persone ipertese che non prendevano medicine, altre sotto terapia, altri ancora non avevano problemi di pressione, mentre per alcuni la pressione rimaneva fuori norma anche coi farmaci.

I volontari hanno seguito a settimane alterne una dieta

ad alto contenuto di sodio ed una a basso contenuto di sodio. «Ciò che abbiamo osservato è una riduzione della

pressione in tutti gli ipertesi che sono riusciti ad eliminare un cucchiaino di sale al giorno sia che

prendessero medicine o no» spiega l'autrice principale dello studio, *Norrina Allen*, della *Northwestern university* a Chicago.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHIESI

Con Federfarma investimenti per ridurre impatto ambientale e scarti

Anche il settore farmaceutico punta alla sostenibilità

••• Il processo di trasformazione che caratterizza il ruolo della farmacia e del farmacista, la sostenibilità sociale, economica e ambientale, gli investimenti in innovazione farmaceutica. Sono alcuni dei temi affrontati al convegno «La sostenibilità nel mondo farmaceutico. Il valore sociale, ambientale ed economico», che si è svolto presso la Camera di Commercio di Roma, promosso da Chiesi Italia e Federfarma.

«La farmaceutica ha già iniziato ad affrontare un percorso di transizione verso la scelta di soluzioni maggiormente sostenibili, prime tra tutte la riduzione dell'impatto ambientale e la gestione degli scarti farmaceutici» ha dichiarato Vannia Gava, Viceministro dell'Ambiente e della Sicurezza Energetica, precisando che «come Governo intendiamo sostene-

re gli investimenti con la leva della spesa pubblica per favorire crescita e occupazione, ma soprattutto permettere ai soggetti privati di investire nel nostro Paese». Nel corso dell'incontro è emersa la stretta correlazione tra inquinamento, cambiamento climatico e malattie respiratorie. La crisi climatica è anche crisi sanitaria. I fattori climatici e quelli socio economici possono esercitare un impatto sulla salute e sul benessere dei pazienti. Per questo Chiesi si è posta degli obiettivi ambiziosi,

passando al più severo standard «Net Zero Emissions» e puntando a raggiungere zero emissioni nette di gas a effetto serra (Ghg) dirette entro il 2030 (scopo 1 e 2) e zero emissioni nette Ghg indirette entro il 2035 (scopo 3).

Il convegno è stato anche l'occa-

sione per presentare tre progetti realizzati da Chiesi Italia, che rispecchiano l'impegno in ambito sociale, economico e ambientale: Sentiero del Respiro, Recupera e Respira, Farmacia Sostenibile. Per Raffaello Innocenti, Ceo di Chiesi Italia, «i progetti presentati vanno a rispondere a quattro direttive che rappresentano l'impegno di Chiesi: un approccio trasparente e incentrato sul paziente, una crescita sostenibile fondata su obiettivi misurabili, creazione di valore condiviso e pari opportunità per una forza lavoro diversificata».

LEO. VEN.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ceo Raffaello Innocenti è a capo dell'azienda farmaceutica Chiesi Italia



CONFERENZA DI COOPERAZIONE CON GLI USA Cresce il biotech italiano Presto un piano nazionale

■ Con un fatturato di oltre 250 miliardi, cresce rapidamente anche in Italia il mondo delle biotecnologie, un vasto settore che tocca molti ambiti come lo sviluppo di nuovi farmaci e terapie fino a nuove colture più resistenti alla siccità.

È una crescita che rende sempre più attraenti gli investimenti nel nostro Paese, dove entro l'anno è atteso il Piano nazionale delle biotecnologie. È in questo contesto che ieri ha avuto luogo a Roma, alla Farnesina, la prima conferenza di settore tra Italia e Stati Uniti.

Ha aperto i lavori il ministro degli Esteri, Antonio Tajani, che ha ribadito il forte legame tra i due Paesi e af-

fermato che «nella politica estera italiana abbiamo due stelle polari: l'Europa e le relazioni transatlantiche». Per il ministro della Salute, Orazio Schillaci il biotech, ossia le tecnologie applicate alle scienze della vita, ha conosciuto «un momento di grande vivacità tanto sotto il profilo della ricerca, quanto sotto quello della presenza di numerose e valide aziende».

A testimoniare sono anche i numeri del biotech in Italia: un fatturato di oltre 250 miliardi, che ha attirato più di 6 miliardi di investimenti dedicati in quasi 300 aziende. Un boom legato anche alla Covid, che ha reso possibile investimenti ingenti anche tramite il Pnrr.

Da qui, ha detto il ministro dell'Università Anna Maria Bernini, sono nate 5 nuove eccellenze italiane «che si occupano di terapie geniche e farmaci a tecnologia Rna, di biodiversità e di agritech».

Il governo, ha annunciato il ministro per le Imprese Adolfo Urso (foto), sta lavorando a un Piano nazionale delle biotecnologie che potrebbe vedere la luce entro fine anno.

ASSET STRATEGICI

Il settore fattura più di 250 miliardi e ne attira oltre sei di investimenti



**L'ACCUSA: SPOSTATI SU ALTRE SOCIETÀ
Sardegna, dirottati 20 milioni €
di fondi ai privati per i disabili:
i Randazzo rischiano il processo**

LISSIA A PAG. 15

ZERO CONTROLLI

SARDEGNA DIROTTATI I FONDI PER LA SANITÀ, STIPENDI NON PAGATI: I RANDAZZO VERSO IL RINVIO A GIUDIZIO

Spariti 20 milioni pubblici per i disabili

» Mauro Lissia

CAGLIARI

Quasi 20 milioni destinati alla cura dei disabili spariti nel nulla o dirottati su altre società, i dipendenti privati per mesi e anni dello stipendio, i dati previdenziali falsificati, le prestazioni sanitarie stravolte, ridotte al minimo, a volte inesistenti.

Già travolto dai processi per il maltrattamento dei pazienti alla sede di Decimomannu e da una procedura fallimentare avviata dal Tribunale di Cagliari e sfociata in un concordato preventivo di impervia realizzazione, arriva per l'Aias, la storica azienda privata di assistenza interamente sovvenzionata dalla Regione Sardegna, un nuovo scandalo: i fratelli Vittorio, Anna Paola e Alessandra Randazzo, presidenti e direttore delle diverse ramificazioni societarie, rischiano il rinvio a giudizio con le accuse di concorso in peculato, truffa, frode in pubbliche forniture, falso ideologico e indebita percezione di erogazioni pubbliche. Il pm Andrea Vacca ha depositato

l'avviso di chiusura indagini, che elenca i presunti reati commessi dai vertici Aias dal 2014 ad oggi.

Nell'arco di nove anni i Randazzo - Vittorio è stato condannato in appello nel 2021 a tre anni per peculato insieme al fratello Alberto per l'uso improprio dei fondi destinati al gruppo regionale Udc, di cui facevano parte - avrebbero utilizzato l'azienda fondata dal padre nel 1967 (1400 dipendenti, 3 mila assistiti, 500 mila prestazioni all'anno) come se fosse un bancomat a disposizione della famiglia. I documenti dicono che società non coinvolte nell'attività convenzionata di assistenza hanno incassato interamente o in parte il denaro che la Regione ha versato secondo quanto stabilito nel contratto per pagare il personale e sostenere i costi delle 38 sedi sparse nell'isola, arrivando a falsificare gli importi indicati nelle buste paga, i dati dei Tfr, persino le cifre della previdenza, che hanno indotto l'Inps a erogare prestazioni non dovute per quasi 9 milioni, di cui l'istituto ha chiesto la restituzione.

MA SOPRATTUTTO, scrive il magistrato, l'Aias non ha rispettato quanto stabilito nel contratto con la Regione, limitando in molti casi le prestazioni al minimo indispen-

sabile, stravolgendo le regole dell'assistenza e operando con un numero di addetti molto al di sotto delle esigenze. Inevitabili le conseguenze sulla cura e quindi sulla salute dei pazienti, compresi quelli che non sono in grado di chiedere e di protestare. Per la Procura non torna neppure il numero delle presenze di pazienti nelle varie sedi e di conseguenza il numero delle prestazioni erogate, i dati che l'Aias forniva all'amministrazione sanitaria erano spesso taroccati per ottenere rimborsi più alti. Secondo il pm Vacca, mancherebbero persino i requisiti di accreditamento delle strutture. Difficile spiegare, se la situazione è quella descritta dalla Procura, come i proprietari dell'Aias abbiano potuto muoversi senza che la Regione sia stata in grado di controllare i livelli dell'assistenza destinata a persone fragilissime, dove finivano i soldi, perché i dipendenti non venivano pagati oppure venivano pagati a singhiozzo. Ma questo è un altro capitolo, che forse seguirà.

**L'AIAS
DAL 2014
A OGGI**

LA FAMIGLIA

Randazzo gestisce dagli anni Settanta l'Aias, azienda privata di assistenza sanitaria interamente sovvenzionata dalla Regione Sardegna. I suoi componenti sono già stati coinvolti in processi per maltrattamenti e fallimenti

