



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

4 GENNAIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Medici in pensione, proroga annuale all'Asp di Palermo

Resteranno in servizio con incarichi di lavoro autonomo libero-professionale fino al 31 dicembre 2024.

4 Gennaio 2024 - di [Redazione](#)

PALERMO. Via libera dall'Asp di Palermo a una **proroga annuale** per 5 medici in quiescenza, che resteranno in servizio con incarichi di lavoro autonomo libero-professionale fino al 31 dicembre 2024. Lo prevede una delibera del 29 dicembre 2023 a firma del commissario straordinario **Daniela Faraoni** e basata sulla richiesta in tal senso della direzione del presidio ospedaliero di Corleone. L'obiettivo è garantire la continuità assistenziale sopperendo alla carenza di personale, così come previsto dall'art. 4, comma "e" del Decreto Milleproroghe 2024.

Stabilito un **compenso** mensile al lordo e onnicomprensivo di **6.000 euro ciascuno** (iva inclusa), mentre per il pediatra ci sarà un compenso orario lordo di 60 euro oltre eventuale rimborso per le spese necessarie a raggiungere l'ospedale Dei Bianchi.

Dai gettonisti alle liste d'attesa: il Ssn resta ancora un grande malato

I punti deboli

I fondi in manovra sono un palliativo, al sistema serve una cura da cavallo

Marzio Bartoloni

Da una parte il grande spreco dei gettonisti pagati a peso d'oro - anche più di 1500 euro per coprire un turno di 12 ore - che rischiano di restare nelle corsie fino al 2025. Dall'altra le eterne liste d'attesa che condannano come ha ricordato il capo dello Stato Sergio Mattarella nel discorso di fine anno a tempi per visite ed esami «inaccettabilmente lunghi» tanto da essere diventati dopo il Covid la prima causa di rinuncia alle cure costringendo, chi può permetterselo, a pagare di tasca propria (si veda articolo a fianco). Eccoli i sintomi forse più evidenti della malattia che colpisce da tempo il Servizio sanitario nazionale costretto oggi ad affittare a caro prezzo il personale o a provare a mantenere in servizio i medici fino a 72 anni per non chiudere i battenti (l'estensione dell'età pensionabile potrebbe arrivare con un emendamento al milleproroghe).

Il Ssn che proprio nei giorni scorsi ha compiuto 45 anni assomiglia ormai più a un malato cronico che a un signore di mezza età. Acciacchi e mali di vecchia data sono sempre lì a fiaccarlo: dal sotto finanziamento alla carenza di personale fino alle disuguaglianze sulle cure che spaccano Nord e Sud. Partiamo dai fondi: l'ultima manovra appena varata dal Parlamento ha aggiunto 3 miliardi nel 2024 e poi 4 miliardi nel 2025 e 4,2 miliardi nel 2026. Una boccata d'ossigeno che vale un aumento di circa il 3% per il Fondo sanitario che raggiungerà con le nuove risorse la cifra record di 136 miliardi. Una cifra questa che non basta però a metterci in linea almeno con i Paesi europei più vicini visto che in termini di spesa sanitaria pubblica pro-capite (con i nostri 3255 dollari nel 2022) siamo ben al di sotto a esempio della Germania che spende il doppio di noi (6930 dollari) o della Francia (oltre 5mila) e sotto alla media europea (4128

dollari) e a quella Ocse (3899 dollari). Sotto di noi solo Spagna, Grecia e Portogallo. Il problema - va detto - viene da lontano, da oltre 15 anni e cioè da quando tutti i Governi di ogni colore hanno tagliato o non finanziato in modo adeguato il Ssn.

A pagare le spese del prolungato sotto finanziamento è stato soprattutto il personale sanitario - almeno 40mila i medici, gli infermieri e gli altri operatori in meno in un decennio con un lieve rialzo solo grazie al

Covid - su cui pende da quasi 20 anni un odioso tetto di spesa: in pratica per assumere non si può spendere più di quanto speso nel 2004 meno l'1,4 per cento. Un vincolo, questo, che ha pesato provocando una carenza cronica di operatori e che ha contribuito per chi lavora tra turni stressanti e stipendi fermi per anni alle fughe all'estero o verso il privato - quest'anno se ne stimano 7mila - in un malessere crescente culminato nei recenti scioperi a dicembre contro la manovra che saranno replicati ora a gennaio. Da qui la scorcioia dei gettonisti - medici e infermieri in affitto da cooperative - pagati profumatamente per coprire i buchi in corsia e che sono dilagati negli ultimi anni tanto che il ministro della Salute Orazio Schillaci a maggio scorso ha deciso con il decreto bollette una stretta provando a vietarli gradualmente. Un addio però che potrebbe allungarsi addirittura al 2025 vista l'interpretazione estensiva che sembra prevalere nell'applicazione delle norme: dopo gli affidamenti fatti entro 12 mesi dall'entrata in vigore del decreto (quindi entro maggio 2024) ci sarà la possibilità di usufruire di altri 12 mesi per nuovi affidamenti stavolta in base alle linee guida che il ministero della Salute sta per licenziare - dopo aver sentito l'Anac - fissando prezzi calmierati per pagarli (si ipotizza un massimo di 70-80 euro

l'ora lordi). Intanto per ora solo la Lombardia ha deciso di dire addio ufficialmente ai gettonisti.

Tra i mali più atavici c'è poi quello del divario di cure, soprattutto tra Nord e Sud: secondo l'ultimo monitoraggio del ministero della Salute sul rispetto dei livelli essenziali di assistenza, le cure cioè che deve garantire il Ssn in tutto il Paese, emerge che tra le 14 Regioni che superano la soglia della sufficienza ci sono solo tre Regioni del Sud (Abruzzo, Puglia e Basilicata) e tutte si trovano a fondo classifica. Una differenza che spinge i pazienti meridionali a fare le valigie per curarsi negli ospedali del Centro-Nord: nel 2022 questa migrazione - soprattutto da Calabria, Sicilia e Campania - è costata tra ricoveri e visite circa 3 miliardi incassati in particolare da Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Toscana che sono le destinazioni sanitarie più gettonate.

Ecco perché i soldi in più in manovra - destinati soprattutto a rinnovare i contratti dei sanitari per provare ad arginarne la fuga - potrebbero rilevarsi solo un palliativo per mantenere in vita un Servizio sanitario nazionale che avrebbe bisogno invece di una cura da cavallo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il Servizio sanitario
che ha appena compiuto
45 anni paga
un sottofinanziamento
che dura da oltre 15 anni**



I mali storici del Servizio sanitario nazionale

1

IL FINANZIAMENTO Meno fondi rispetto agli altri Paesi Ue

L'ultima manovra stanziava fondi in più (3 miliardi nel 2024, 4 nel 2025 e 4,2 dal 2026) ma non bastano a recuperare i tagli del passato. Nel confronto Ue l'Italia è tra i paesi che a livello pro capite spendono di meno

2

IL PERSONALE Sulle assunzioni tetto dura da 20 anni

La carenza cronica di medici e infermieri è frutto dei tagli del passato e anche di un tetto di spesa sulle assunzioni che prevede che le Regioni non spendano più di quanto è stato speso nel 2004 tolto l'1,4 per cento

3

GLI SQUILIBRI Paese spaccato tra Nord e Sud

Restano forti gli squilibri nel garantire le cure tra le Regioni: tra le 14 che superano la sufficienza sui livelli essenziali di assistenza sono solo tre le regioni del Sud. Da qui le migrazioni dei pazienti verso il Nord

«LISTE LUNGHE INACCETTABILI»

È stato il presidente della Repubblica Sergio Mattarella nel tradizionale discorso di fine anno a ricordare come tra i problemi che affrontano cittadini e famiglie ci sono «le difficoltà che si incontrano nel diritto alle cure sanitarie per tutti. Con liste d'attesa per visite ed esami, in tempi inaccettabilmente lunghi»



La spesa. I medici gemonini pagati a peso d'oro - anche più di 3.500 euro per coprire un turno di 12 ore - rischiavano di restare nelle corsie ospedaliere fino al 2025



DOPO LE PROTESTE DI DICEMBRE

Gennaio caldo per i sanitari, nuovo sciopero a fine mese

Dopo le proteste e i due scioperi a dicembre, continua la mobilitazione anche a gennaio 2024 dei medici e infermieri per salvare il Servizio sanitario nazionale. «La vertenza sanità continuerà con altri scioperi: la richiesta emersa con voce unanime è stata: rispetto per la professione»: così il sindacato dei medici e dirigenti del Ssn, Anaao-Assomed, che insieme al Cimo-Fesmed e agli infermieri del Nursing-Up aveva bloccato la sanità pubblica il 5 dicembre scorso. Mentre il 18 dicembre si erano astenuti dal lavoro l'Aaroi-Emac, gli anestesisti rianimatori, il Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr), Fvm - Federazione veterinari e medici e Cisl medici. L'intenzione è quella di fissare un nuovo giorno di sciopero a fine gennaio (anche se saranno escluse diverse attività a cominciare dalle

urgenze). «Siamo disposti ad arrivare a manifestare anche a Bruxelles», avverte Pierino Di Silverio, segretario nazionale dell'Anaao-Assomed. Che ricorda come ogni anno il Ssn veda la fuga di tanti sanitari: «Se noi dovessimo basarci sui dati degli anni passati, i medici del Ssn che dal 2022 al 2023 hanno lasciato il pubblico sono più che raddoppiati. Quindi nel 2024 possiamo stimare in 7 mila i colleghi che lasceranno le corsie». Intanto il malessere nella Sanità si sente anche all'estero: ieri è iniziato e si protrarrà per sei giorni fino al 9 gennaio il più lungo sciopero nella storia dell'Nhs, il servizio sanitario britannico. A incrociare le braccia negli ospedali inglesi sono ancora una volta i cosiddetti «junior

doctor», medici neo-specializzati chiamati a coprire mansioni varie e turni di guardia in cambio di compensi modesti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

Ssn, continua la grande fuga «Nel 2024 via 7mila medici»

GIULIO ISOLA

Ogni anno il Servizio sanitario italiano (Ssn) perde pezzi importanti. E il 2024 non sarà da meno. «Se noi dovessimo basarci sui dati degli anni passati, i medici del Ssn che dal 2022 al 2023 hanno lasciato il pubblico sono più che raddoppiati. Quindi, nel 2024 possiamo stimare in 7mila i colleghi che lasceranno le corsie». Lo annuncia Pierino Di Silverio, segretario nazionale Anaa-Assomed, il maggiore sindacato dei medici ospedalieri e dirigenti del Servizio sanitario nazionale. Ma non c'è soltanto il fronte "uscite"; il problema della sanità pubblica è la sua perdita di attrattività. Un tema che gli addetti ai lavori hanno spesso rilanciato. «Uno specchietto tomasole della situazione è dato anche da chi decide di entrare nel sistema pubblico - osserva

Di Silverio -. Molte borse di studio per le specializzazioni vanno deserte. Questo è un chiaro segnale che l'appetibilità dell'ospedale pubblico non c'è più». Su questi fronti, secondo il sindacato, «non ci sono le risposte che ci saremmo aspettati dal Governo Meloni che sui soldi fa questione di lana caprina: un conto sono le risorse sul Fondo sanita-

rio altro quelle sul personale. Oggi in Italia - rimarca il numero uno dell'Anaa-Assomed - il problema sono i professionisti, tutti hanno detto in queste settimane quanto sono importanti gli operatori sanitari ma poi, se andiamo a leggere la Manovra, troviamo 80 euro per gli straordinari dedicati all'abbattimento delle liste d'attesa, quando non abbiamo assolutamente tempo in più». E poi, dichiara Di Silverio, c'è il capitolo «sui 2,3 miliardi per il rinnovo del nostro contratto», ma con «un aumento netto nelle tasche, che vedremo tra un anno, di 150-160 euro lordi al mese. Mentre si danno soldi al privato accreditato». Inoltre, «non c'è stata nessuna risposta sullo scudo penale, in attesa di una legge», conclude il segretario nazionale, proprio «come è stato fatto durante la pandemia, a costo zero».

Intanto, continuano ad essere sotto pressione i Pronto soccorso e gli studi dei medici dei famiglia, a causa dell'epi-

demia di influenza, che è ormai ritenuta come tra le più forti degli ultimi 10 anni. Una sindrome che si somma alle altre patologie stagionali e ai casi di Covid. «Si assiste in questo periodo a un'emergenza sanitaria che colpisce tanto i Pronto soccorso, ma non solo - dice il presidente della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg), Alessandro Rossi -. Come

medici di famiglia, siamo oberati di richieste di informazioni, di telefonate, di visite, di certificazioni. C'è un assalto alle nostre prestazioni, come a quelle di tutti i sanitari. Aumentano di molto gli accessi agli studi. «Ma la prima conseguenza pratica per noi - aggiunge - è che le telefonate sono raddoppiate. Se in media in giorni ordinari le chiamate ai medici di medicina generale, a livello nazionale, sono circa 2 milioni, ora sono diventate 4 milioni. Dividendo questo totale di chiamate per i medici di famiglia, che sono circa 40mila in Italia, si capisce come ciascuno di noi stia ore con la cornetta in mano», per rispondere ad almeno un centinaio di telefonate quotidiane, calcola Rossi. Per il quale quella che dovrebbe essere una condizione ordinaria, «in realtà per la mancanza di programmazione da una parte, e di medici e infermieri dall'altra», diventa una «situazione critica».

LO SCENARIO

Il sindacato Anaa-Assomed: «Il nostro sistema ha perso attrattività, molte borse di studio per le specializzazioni vanno deserte, dal Governo ci saremmo aspettati altre risposte. Gli aumenti di cui si parla? 150-160 euro lordi al mese...»



Una giovane ricercatrice mentre lavora al microscopio / Ansa



L'inchiesta

Nella Sanità boom della spesa privata, ormai salita a quota 40 miliardi (il 25% del totale)

Il Servizio sanitario nazionale compie 45 anni e resta il grande malato: pochi medici, pochi fondi e troppi squilibri tra Nord e Sud.

Marzio Bartoloni — a pag. 2



Sanità, la spesa dei cittadini ormai è un euro su quattro

L'allarme. Sfonda 40 miliardi il costo per le cure pagato dagli italiani: quasi metà è assorbito da visite e interventi per aggirare le code

La spesa sanitaria degli italiani per la prima volta ha sfondato quota 40 miliardi. Un record assoluto che si traduce in una amara realtà: ormai i cittadini per curarsi mettono di tasca propria un euro su quattro del

totale di quanto si spende in Italia per la Sanità visto che il Servizio sanitario, con le tasse che paghiamo, ne spende altri 130 miliardi. Dopo la frenata del 2020 quando in piena pandemia la spesa sanitaria privata

era crollata a 30,7 miliardi (-11,6%) l'anno successivo è risalita a 37,16 miliardi e poi appunto ha raggiunto i 40,26 miliardi nel 2022 con un aumento di oltre l'8 per cento. Un segnale questo dell'esplosione della



domanda di salute che ha mobilitato tra spesa pubblica e privata quasi 170 miliardi, come ha appena certi-

ficato la Ragioneria generale dello Stato nel suo ultimo rapporto sulla spesa sanitaria pubblicato lo scorso dicembre. Si tratta di una montagna di soldi che però non sembra sufficiente a soddisfare la richiesta di cure visto che l'Istat sempre nel 2022 ha registrato un dato allarmante e cioè che oltre 4 milioni di italiani (il 7%) hanno rinunciato a curarsi per vari motivi: se nel 2020 e in parte anche nel 2021 la ragione principale per rinunciare ad andare in ospedale e negli ambulatori era il timore di contagiarsi con il Covid nel 2022 il primo motivo di rinuncia - per quasi 2,5 milioni di italiani - è stato quello delle liste d'attesa che si sono allungate con la pandemia seguito poi dalle ragioni economiche (per meno di 2 milioni di italiani).

Chi può dunque - come certifica la Ragioneria generale dello Stato - paga di tasca propria magari per evitare le liste d'attesa e lo fa in

particolare per visite specialistiche ed interventi che, in linea con gli anni precedenti, continuano ad avere un peso prevalente (45,8%) sul totale dei 40 miliardi di spesa a

carico dei privati. Mentre farmaci e dispositivi medici assorbono un altro 25 per cento. Tra le visite specialistiche la parte del leone la fanno quelle dal dentista che rappresentano circa il 30 per cento.

A confermare questo trend ormai inarrestabile è anche l'ultimo rapporto sulle politiche della cronicità di Cittadinanzattiva dal quale emerge che a causa dei lunghi tempi di attesa e della mancata copertura da parte del servizio sanitario di alcune prestazioni, la gran parte dei cittadini con patologie croniche e malattie rare - circa 24 milioni di italiani - sono costretti a sostenere spese private: il 67,8% lo fa per visite specialistiche effettuate in regime privato o in intramoenia; il 60,9% per l'acquisto di parafarmaci; il 55,4% per esami diagnostici; il 44,6% per l'acquisto di farmaci necessari e non rimborsati. Tra chi ha bisogno delle cure a domicilio, il 47,8% reputa il numero di ore di assistenza erogati inadeguato e il 23,9% parla di sospensione o interruzione del servizio. Non va meglio con la riabilitazione: la metà dei pazienti ritiene i cicli insufficienti e 1 su 3 segnala la mancata erogazione del servizio.

La manovra in realtà stanza i fondi (280 milioni l'anno) per pagare di più gli straordinari di medici e

infermieri da destinare in particolare all'abbattimento delle liste d'attesa (oltre ad aumentare il tetto di spesa per ricorrere ai privati). Ma il rischio è che questa misura faccia flop come emerge anche da una indagine appena realizzata da Fadoi (la Federazione dei medici internisti ospedalieri) su un campione rappresentativo di camici bianchi per i quali la formula straordinari meglio pagati uguale meno liste d'attesa è giudicata efficace solo dal 9,87% degli intervistati, mentre per il 41,18% serve assumere personale e per il 19,92% organizzare meglio le attività. Per il 27,7% andrebbero invece ridotte le prescrizioni e solo per l'1,33% bisognerebbe ricorrere di più al privato convenzionato.

—Mar.B.

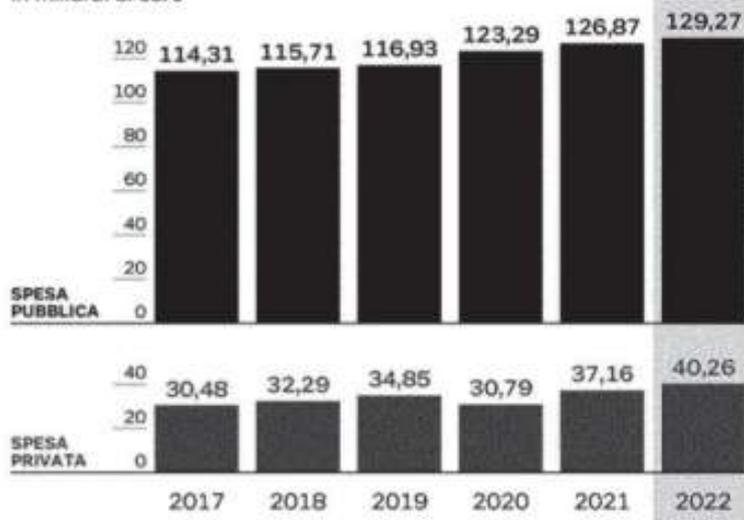
© RIPRODUZIONE RISERVATA

VISITE E INTERVENTI
Il 45% della spesa dei cittadini è assorbita da visite e interventi. Tra le visite la parte del leone è l'odontoiatria.

PIÙ STRAORDINARI
In manovra i fondi per gli straordinari, ma solo per il 10% dei medici è una misura efficace contro le liste di attesa

Conto sempre più salato per i cittadini

Come è cresciuta la spesa sanitaria pubblica e privata negli anni.
In miliardi di euro



Fonte: Rapporto sulla spesa sanitaria 2023, Ragioneria generale dello Stato



ALBERTO OLIVETI Il presidente di Enpam: "L'operazione con F2i e Kkr è strategica. Mediobanca? Serve più apertura"

La Cassa dei medici investe su Tim "Rete decisiva per la sanità digitale"

L'INTERVISTA

MANUEL FOLLIS

Quella dei medici e degli odontoiatri è la cassa di previdenza più ricca d'Italia ha un ruolo sempre più di primo piano nelle grandi partite economiche e finanziarie del Paese: quote in Mediobanca, Banco Bpm, Intesa Sanpaolo. E ora la partita della rete Tim. Due anime, dunque, come spiega il presidente Alberto Oliveti: «La prima è quella caratteristica: pagare le pensioni». La seconda è quella cosiddetta «strumentale», ossia quella che ha portato l'ente di previdenza a finire sotto i riflettori quando c'è stato da votare per il rinnovo del cda di Mediobanca o più di recente quando si è scoperto che Enpam è tra i sottoscrittori del fondo promosso da F2i che investirà nell'acquisto della rete di Tim.

Se parliamo di F2i, Enpam fa anche parte degli azionisti che hanno scelto di non rinnovare il patto di sindacato.

«Crediamo in F2i, altrimenti non avremmo investito mezzo miliardo nei veicoli promossi dalla società. Abbiamo investito nel fondo Ania, in quello di private debt e ora nel fondo digitale, quello dedicato alla rete di Tim».

Come mai non rinnovare?

«Il patto risale al marzo 2019, quando entrammo avevamo

condiviso le finalità. Se a ottobre non avessimo disdetto, il patto si sarebbe rinnovato in automatico per altri 5 anni. Il punto è che tra 2019 e 2024 nel mondo sono cambiate molte cose. E la stessa F2i progetta di cambiare».

In che senso?

«Il fondo ora punta a una visione paneuropea sostenendo che in Italia ci siano meno opportunità di investimento, valutazione che non condividiamo del tutto. E comunque nell'ipotesi di virare verso un approccio paneuropeo allora va cambiato il profilo dell'investimento e se non avessimo disdetto non ci sarebbero state valutazioni per altri cinque anni. Crediamo che sia un'attività legittima da parte dell'azionista mettere in discussione le linee industriali del management».

C'è stata anche l'ipotesi che il management rilevasse quote della società, voi che posizione avete a riguardo?

«Nulla osta che il management possa partecipare all'azionariato. Ma questo non può avvenire attraverso aumento di capitale riservato diluendo le partecipazioni degli altri soci. Se qualcuno compra è perché qualcuno vende. Resta che crediamo molto in F2i, tanto è vero che siamo stati i primi a investire nell'opera-

zione Tim».

Come la giudica?

«L'investimento sul 5G è fondamentale per il Paese e quindi anche per l'area medica, il cui futuro va dalla telemedicina a una digitalizzazione sempre più accentuata. Noi abbiamo fatto la nostra parte puntando 100 milioni e ne aggiungeremo altri 23».

Siete finiti sotto i riflettori anche in occasione dell'assemblea Mediobanca in cui avete appoggiato la lista di minoranza di Caltagirone.

«Abbiamo investito 110 milioni per costruire nell'arco di più di 12 mesi una posizione dell'1,17%. Arrivati al momento delle consultazioni e constatando che in ogni caso l'ad di Mediobanca, ossia uno dei motivi per cui abbiamo investito quei soldi, non sarebbe stato messo in discussione, abbiamo evidenziato un problema nel sistema di rappresentanza dei soci. Sapevamo che la nostra posizione non avrebbe cambiato la governance e ci siamo sentiti liberi di pensare che avrebbe fatto bene dare una spinta verso una maggiore compliance. Del nostro investimento in Mediobanca siamo soddisfatti, ma una maggiore apertura farebbe bene all'istituto».

Non c'è solo Mediobanca, avete investito anche in Bpm.

«Abbiamo il 2% di Banco Bpm ma anche lo 0,62% di Intesa

Sanpaolo. Di recente abbiamo acquistato l'8,18 della Banca del Fucino. Non abbiamo puntato nella stessa misura sul sistema assicurativo».

Lo farete?

«Non abbiamo deciso. Di sicuro il mondo assicurativo ha molte connessioni con il sistema sanitario».

Quanto pesano gli investimenti sul bilancio di Enpam?

«Il patrimonio totale sfiora i 26 miliardi. Più del 47% è investito in obbligazioni, tra titoli di Stato e corporate. I beni reali (tra immobili e infrastrutture) pesano per oltre il 23% con 6 miliardi. Alle azioni abbiamo riservato 3,4 miliardi, il 13,2% del totale».

Con che rendimenti?

«Il nostro motto è che investiamo prudentemente con visione lungimirante, ma con attenzione tempestiva all'andamento degli investimenti. Per statuto l'obiettivo di Enpam è garantire un rendimento dell'1% netto, ora registriamo un 3,5% netto».—

ALBERTO OLIVETI
PRESIDENTE
FONDAZIONE ENPAM



Soddisfatti di essere oltre l'1% di Piazzetta Cuccia. C'è un deficit di rappresentanza dei soci

Patrimonio a 26 miliardi, il 60% è investito tra bond azioni. Garantiamo rendimenti al 3,5%

Alberto Oliveti è il presidente dell'Ente nazionale di previdenza dei medici e degli odontoiatri



Dagli Usa una proposta per calcolare e usare (meglio) la spesa sanitaria

DI STEFANO FELTRI*

L'approvazione della legge di Bilancio 2024, combinata con l'anniversario dei 45 anni del Servizio sanitario nazionale, ha riaperto il dibattito sull'adeguatezza delle risorse per la salute in Italia con toni analoghi a quelli della discussione sulla crisi climatica: servono molte più risorse, subito, prima che sia troppo tardi. Toni apocalittici generano reazioni minimaliste, rassegnato catastrofismo, o, nel migliore dei casi, un approccio incrementale, come quello della legge di Bilancio: si cercano un po' di soldi. Ma così si rinvia l'unica discussione utile: cioè come impostare un sistema sanitario il più efficiente e universale possibile in un contesto di risorse scarse e - tra nuovo Patto di stabilità e tassi di interesse elevati sul debito - decrescenti. Il primo errore in questo dibattito è guardare soltanto all'entità della spesa sanitaria: la spesa pubblica in Italia, dati Ocse 2022, è poco più di 2.200 euro pro capite, e al 6,8% del pil, più bassa che in Francia (10,3%) o Germania (10,9%). Questa differenza però può significare che il sistema italiano è sotto-finanziato o che è più efficiente. E molte ragioni spingono a dire che è più efficiente perché più universale e meno frammentato: quello che fa salire i costi è soprattutto la segmentazione e la selezione avversa che lasciano al pubblico i pazienti più anziani e costosi e al privato quelli più sani e remunerativi. La legge di Bilancio 2024 aumenta il fabbisogno sanitario nazionale di 3 miliardi e lo porta a 134 miliardi nel 2024, per salire a 135,7 nel 2026. Questo aumento ci dice ben poco per due ragioni. La prima è che il sistema sanitario in Italia è già da tempo misto pubblico-privato, nel senso che gli italiani pagano di tasca loro (out of pocket) circa 41 miliardi, quasi un quarto della spesa sanitaria complessiva. Dunque, bisognerebbe considerare il costo complessivo della salute in Italia rapportato ai risultati, non soltanto una delle va-

riabili (la dotazione del fondo nazionale). La seconda ragione per non concentrarsi troppo sul fabbisogno nazionale è che se andiamo a vedere per cosa vengono impiegate le risorse aggiuntive nella legge di Bilancio vediamo che si tratta di un mero aumento di costi quasi a parità di prestazioni, a tutto beneficio degli operatori e non dei pazienti: incrementi delle tariffe orarie per le prestazioni aggiuntive del personale medico, innalzamento dei tetti di spesa per acquistare prestazioni dai privati, aumenti ai tetti per la spesa farmaceutica. Tutte misure che, dopo due anni di inflazione, finiranno per ricostituire i margini dei privati fornitori della sanità pubblica, non certo per ridurre le liste d'attesa e aumentare i servizi.

Questi interventi hanno un'altra caratteristica comune: aumentano il costo dell'inefficienza del pubblico, senza che si faccia assolutamente nulla per ridurla (l'unica misura in questo senso, cioè la cancellazione di un ingiusto privilegio contributivo per le pensioni dei medici, è stata ritirata). Chiunque frequenti gli ospedali nota modalità di gestione che dovrebbero essere inaccettabili in questo secolo: cartelle cliniche cartacee, parametri annotati a penna su foglietti volanti, primari che compilano a mano fogli di dimissioni, assenza di ogni standard condiviso di comunicazione e trattamento persino all'interno della medesima struttura. Rendere più costoso il ricorso al privato, reso inevitabile non solo dalle risorse scarse ma dall'assenza di ogni pensiero strategico, peggiorerà la paralisi. Ormai persino gli assicuratori privati protestano per avere un servizio sanitario pubblico più efficiente: le liste d'attesa infinite nel pubblico spingono sempre più persone a sottoscrivere assicurazioni private e, a differenza che in passato, a usarle al massimo, col risultato che i premi salgono ma i margini per gli assicuratori si riducono. Gli assicuratori vorrebbero assicurare pazienti perlopiù sani che usano le prestazioni garantite in casi rari, non in maniera

sistematica.

Negli Stati Uniti gli economisti Amy Finkelstein (Mit) e Liran Einav (Stanford) stanno cambiando la prospettiva del dibattito sulla salute: propongono di smetterla con le soluzioni incrementalistiche (tipo Obamacare), azzerare tutto il sistema sanitario basato sulle assicurazioni e impostare un servizio sanitario pubblico universale che garantisca a tutti prestazioni di base. Chi può permetterselo paga a parte le altre. Finkelstein ed Einav, dopo anni di ricerche empiriche, smontano anche uno dei pilastri del senso comune sanitario: chiedere ai pazienti di sostenere una parte del costo delle prestazioni riduce la domanda, è vero, ma alla fine costa più (tra burocrazie e inefficienze) che offrire prestazioni di base a titolo completamente gratuito. Quelli che in Italia si chiamano ticket, insomma, contribuiscono a ridurre l'efficienza, non ad aumentarla. Invece di guardare in modo ossessivo alle percentuali di spesa pubblica per la sanità sul pil o al fabbisogno sanitario nazionale, anche in Italia servirebbe l'approccio di Finkelstein ed Einav: separare in modo chiaro le prestazioni che la sanità pubblica deve erogare da quelle che non può sostenere, in modo che un qualche diritto alla salute sia davvero garantito, mentre oggi si preferisce promettere tutto e mantenere poco o niente. Morale: per salvare il servizio sanitario nazionale forse bisogna assumere qualche medico in meno e qualche economista in più, e preoccuparsi di come si spendono le risorse disponibili molto più che della loro entità complessiva. (riproduzione riservata)

*cura la newsletter *Appunti e conduce Le parole dell'economia su Radio3*



L'EMERGENZA NELLA SANITÀ PUBBLICA

“Medici di base assenti, ospedali in tilt” Scontro sull'assalto ai pronto soccorso

Da Milano a Roma
corsie nel caos, ma i
dottori: “Noi solo
un capro espiatorio”

di **Elena Dusi**
e **Clemente Pistilli**

È inverno, i denti battono per la febbre e la coperta è sempre troppo corta. A restare esposta durante la peggiore epidemia di virus respiratori degli ultimi vent'anni in Italia è ancora una volta la solita parte. Il pronto soccorso. In Lombardia ieri gli accessi sono stati il 40% in più della media: 7.500. Uguale percentuale di aumento in Toscana, con 1.200 pazienti in 24 ore. «Le persone con urgente bisogno di ricovero da noi so-

no aumentate del 20% da Capodanno» aggiunge da Palermo Massimo Geraci, primario di emergenza-urgenza all'Ospedale Civico. «È l'effetto della carenza di posti letto negli altri reparti degli ospedali» spiega Rossella Melodia, dirigente del Pronto soccorso del Policlinico di Bari.

Una delle situazioni più gravi si registra a Roma, nonostante i 33 milioni di investimento della Regione Lazio diretti soprattutto alle strutture private. Ieri sera in attesa su una sedia di plastica o una barella nel Lazio c'erano 2.500 persone. Mille, già visitate, aspettavano un letto per il ricovero nel reparto adatto. In 680 sono parcheggiate in questa situazione - chiamata boarding - da più di 24 ore.

Sotto accusa sono finiti i medici di famiglia in ferie. «Il 50% delle persone in attesa nei pronto soccorso ha problemi minori, che possono essere gestiti sul territorio» dichiara Stefano Barone, segretario del sindacato degli infermieri Nursind per la provincia di Roma. Silvestro Scotti,

segretario nazionale della Federazione italiana dei medici di medicina generale (Fimmg), mette in evidenza però gli altri anelli deboli della catena: «Ho avuto pazienti con il Covid che avrebbero avuto bisogno di un antivirale. Ma le farmacie della Asl erano chiuse. Sarebbe possibile istituire squadre di medici che visitano i pazienti dei loro colleghi. Ma la legge non ci permette di condividere i dati dei nostri assistiti. La

medicina del territorio è un concetto ampio. Se la si vuole migliorare, lo si faccia per intero». Anche il segretario della Fimmg di Roma, Pier Luigi Bartoletti, respinge le accuse: «Nei giorni festivi e prefestivi i nostri studi medici sono chiusi di norma. In noi si vede come sempre un capro espiatorio. Quanto sta avvenendo era ampiamente previsto e chi ha responsabilità organizzative non ha mosso un dito». In Campania, fa notare Luigi Sparano, segretario regionale Fimmg, «abbiamo ormai 1.400 pazienti per ciascun medi-

co». La crisi del pronto soccorso oggi è in effetti il risultato di una coperta tagliata da troppi lati. Il lato del territorio: con 10mila medici di famiglia in meno negli ultimi dieci anni (da 45mila a 35mila), 283 milioni di prestazioni in meno, ospedali e case di comunità che non decollano. Il lato dei professionisti: il sistema sanitario ha perso 30mila medici sempre in dieci anni. In medicina d'urgenza il 60% dei posti di specializzazione resta vacante. Il lato infine degli ospedali: III ne sono stati chiusi nel decennio, con 39mila posti letto tagliati e 2,8 milioni di ricoveri in meno. In Lombardia - non l'unica Regione d'altra parte - l'assessore al Welfare Guido Bertolaso ha sospeso

a tempo indeterminato i ricoveri programmati (cioè rimandabili) e ha chiesto di rinviare a dopo il 15 gennaio gli interventi chirurgici non urgenti nell'Ats di Milano.

«E chi resta con le spalle al muro? Noi. Puoi scaricare il barile quanto vuoi, ma alla fine c'è qualcuno che non ha più altri a cui passarlo». Fabio De Iaco è entrato nel pronto soccorso di cui è direttore, al Maria Vittoria di Torino, ieri mattina e non uscirà che a sera tarda, travolto dalle urgenze. Eppure il presidente della Simeu (Società Italiana di medicina dell'Emergenza e Urgenza) un numero ce l'ha: 18mila all'anno in Italia. «Sono le persone che perdono la vita in pronto soccorso 24 ore dopo l'arrivo. Non sono i pazienti talmente gravi da morire subito. Sono i pazienti che in 24 ore avrebbero dovuto trovare un letto in un reparto consono». Il boarding tra l'altro succhia a un reparto d'emergenza il 30% di risorse che sono già al lumicino. Le prestazioni nei pronto soccorso italiani sono ogni anno 20 milioni. Il 60% riguarda casi poco gravi. «In questo periodo però - dice De Iaco - i virus respiratori picchiano duro. Abbiamo scorte limitate di ossigeno e ci facciamo prestare i ventilatori da altri reparti».

ESPEDIZIONE IN RIVISTA

Hanno collaborato
Giuseppe Del Bello
Alessandro Di Maria
Alessio Di Sauro e Giusi Spica



I Pronto soccorso presi d'assalto

«Bambini e ragazzi con virus respiratori»

Medici di famiglia, 4 milioni di chiamate

di **Maria Giovanna Faiella**

Pronto soccorso in emergenza, con pazienti «parcheeggiati» sulle barelle anche per giorni, «ammassati» nelle strutture in attesa di ricovero in reparto.

In questi giorni, con l'aumento (più del previsto) dei casi di influenza e altre sindromi parainfluenzali, sono quasi raddoppiati gli accessi al Pronto soccorso e addirittura triplicati gli accessi dei bambini nelle strutture di emergenza urgenza.

Riferisce il dottor Marcello Covino, responsabile Unità operativa Pronto soccorso e destinazione ricovero del Policlinico universitario Gemelli di Roma: «Di norma nel nostro ospedale le polmoniti rappresentano il 10% dei ricoveri tra i pazienti che arrivano al Pronto soccorso; in questo momento registriamo un'incidenza delle polmoniti nei pazienti in attesa di ricovero

che supera il 45%. E non possiamo dimettere pazienti con insufficienza respiratoria, che sono soprattutto anziani o comunque fragili a causa di altre patologie. Il numero di persone che hanno bisogno di essere ricoverate è superiore alla media stagionale».

Aggiunge Fabio De Iaco, presidente della Società italiana di medicina di emergenza urgenza (Simeu): «Non c'è solo l'aumento dei pazienti anziani e "fragili" in arrivo nei Pronto soccorso e che devono essere ricoverati in reparto, ma anche (ovviamente in misura minore) di persone più giovani, con polmoniti non dovute al Covid o all'influenza. L'altro ieri nel mio ospedale (Maria Vittoria di Torino, ndr) abbiamo intubato una donna di 40 anni, negativa al Covid e all'influenza, e abbiamo ancora in osservazione una ragazza di 25 anni. E ancora — prosegue De Iaco — a livello nazionale, in alcuni casi succede anche che il numero di posta-

zioni con erogazione dell'ossigeno nei Pronto soccorso si esaurisca. Per far fronte all'emergenza, molti ospedali, da Nord a Sud, stanno attivando i piani per la gestione del sovraffollamento in Pronto soccorso, con la riconversione temporanea di posti letto (di solito dell'area chirurgica) a favore dell'area medica».

Tra i più colpiti da virus respiratori ci sono anche i bambini: in questi giorni sono in forte aumento gli accessi al Pronto soccorso, come spiega Fabio Midulla, presidente della Società italiana malattie respiratorie infantili (Simri), responsabile del reparto di Pediatria d'urgenza del Policlinico Umberto I di Roma: «Siamo al centro del picco dell'epidemia di malattie respiratorie. Gli accessi al Pronto soccorso sono triplicati nell'ultimo mese. E il 90% dei piccoli ricoverati nel nostro reparto sono bambini con bronchioliti. Registriamo anche episodi acuti

di bronchite asmatica e polmoniti».

Presi d'assalto anche i medici di famiglia. Riferisce il dottor Alessandro Rossi, presidente della Società italiana di medicina generale e delle cure primarie (Simg): «Se in media, a livello nazionale, le chiamate ricevute dai medici di famiglia, in giorni ordinari, sono circa due milioni, in questi giorni sono raddoppiate arrivando anche a quattro milioni di telefonate al giorno». In pratica, considerando che i medici di famiglia sono circa 40 mila, un dottore riceve anche un centinaio di telefonate al giorno. Chiamano per chiedere consigli ma anche per fissare l'appuntamento per la visita o richiedere certificati medici. «Diamo indicazioni ai nostri assistiti anche per evitare ricoveri inutili — sottolinea il dottor Rossi —. Ovviamente sono aumentate anche le visite ambulatoriali».



**Domande
e risposte**

Chi deve andare in ospedale e come prevenire l'influenza

1 Nel caso si abbia una «brutta» influenza o il Covid o problemi respiratori è necessario andare al Pronto soccorso?

Sì, se si è anziani o «fragili» a causa di altre patologie preesistenti e, in generale, se si ha un'insufficienza respiratoria, cioè non si riesce a respirare bene.

2 Quando, invece, non occorre andare?

Una persona con uno stato di salute normale, cioè che non ha patologie importanti — per esempio cardiovascolari, respiratorie o è immunodepresso — e ha febbre a 38-39, tosse e raffreddore, può curarsi a casa consultando il proprio medico di famiglia (anche solo per telefono) e assumendo correttamente gli antipiretici e altri medicinali consigliati dal dottore. In questi casi non serve andare al Pronto soccorso dove, tra l'altro, può aumentare la

possibilità di contrarre altre infezioni.

3 Si possono prendere gli antibiotici?

In caso di influenza, Covid e altre forme virali, gli antibiotici non vanno presi, a meno che non li prescriva il medico.

4 Quali precauzioni sono utili per non contagiarsi e non infettare gli altri?

Per prevenire influenza e malattie respiratorie si possono seguire semplici regole quali lavarsi regolarmente e di frequente le mani, usare la mascherina in luoghi affollati e, se si è raffreddati, tossire o starnutire nella piega del gomito. Se si hanno sintomi quali tosse e febbre occorre restare a casa per curarsi e anche per evitare di contagiare persone a rischio di malattia grave.

5 Si fa ancora in tempo a vaccinarsi per influenza e Covid? A chi è consigliato?

Sì, ma occorrono circa due settimane perché la protezione vaccinale si attivi. La vaccinazione è raccomandata dal ministero della Salute a gruppi di persone a rischio, anziani e fragili.

**con la consulenza di Pietro Scanzano, direttore sanitario dell'IRCCS Spallanzani di Roma, e di Marco Falcone, direttore Malattie infettive all'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana e professore di malattie infettive all'Università di Pisa*





Dir. Resp. Marco Girardo

È VITA

Procreazione: l'argine legge 40

Morresi a pagina 15



Legge 40, vent'anni controcorrente

ASSUNTINA MORRESI

Venti anni fa, il 10 febbraio 2004, con voto segreto la Camera dei Deputati approvò definitivamente la legge 40 sulla Procreazione medicalmente assistita: 277 i sì, 222 i no, 3 gli astenuti. Trasversalmente divisi i due schieramenti politici, soprattutto a sinistra. I contrari annunciarono subito un referendum, che si tenne l'anno dopo: il suo clamoroso fallimento consolidò la legge 40, modificata in modo significativo solo dopo 10 anni, nel 2014, quando la Corte Costituzionale ha reso legale la fecondazione assistita eterologa. Con gli altri interventi della Consulta la legge, pur azzoppata, ha mantenuto la sostanza del suo impianto.

Parlarne come di una "legge dei divieti", "legge antiscientifica", e via dicendo, nella stanfa escalation di espressioni dispregiative fra le quali l'immane "legge medievale" (come titolò in prima pagina l'*Unità* dopo l'approvazione) significa non averne capito il significato: la legge 40 è la dimostrazione concreta che il mutamento antropologico che stiamo attraversando non era inevitabile, che i cosiddetti nuovi diritti non sono una necessità ineludibile, in altre parole che l'eccezione italiana esisteva e non significava necessariamente guardare al passato, ma era in grado di attraversare la modernità, tracciando nuove strade.

Con quella legge, infatti, non c'è nega la possibilità di accesso alle nuove tecnologie biomediche in ambito riproduttivo ma, nella sua

versione originale, le si inseriva in un modello antropologico ben preciso: la procreazione naturale e i legami parentali che ne derivano.

Con la legge 40 possono infatti accedere alla procreazione assistita un uomo e una donna che sono in relazione, cioè sposati o conviventi, entrambi in età fertile, che non riescono ad avere i figli desiderati per vie naturali. Quindi non una scelta procreativa per tutti, ma una opportunità offerta dallo sviluppo tecnologico alle coppie infertili, per cercare di metterle nelle stesse condizioni di quelle fertili. E c'è un particolare lessicale che svela la forza e l'originalità di questa legge: nel testo si usano le espressioni "fecondazione omologa" ed "eterologa", intendendo con la prima la fecondazione con gameti appartenenti alla coppia che vuole avere figli e con la seconda quella che invece fa uso di gameti esterni. Il testo non contiene le parole "donazione" o "donatore". Nelle normative europee invece compare un'espressione differente: "partner donation" e "non partner donation": si distingue, cioè, la donazione di gameti da parte del partner (fecondazione omologa) da quella da persona diversa dal partner (fecondazione eterologa). La differenza è sostanziale.





Nella normativa europea la fecondazione assistita è vista come un atto individuale di cessione di gameti: una persona, per diventare genitore, può scegliere il percorso biologico utilizzando i gameti del partner o di un terzo; nella legge italiana, invece, si fa riferimento ad una coppia uomo-donna, ed è rispetto ad essa che si definiscono i percorsi tecnici.

La legge 40, in sintesi, è intrinsecamente estranea all'idea della fecondazione assistita come diritto individuale, perché si sviluppa intorno alla relazione fra un uomo e una donna che insieme desiderano un figlio, e che si rivolgono alle tecniche solo quando non riescono ad averlo per vie naturali, seguendo quindi criteri di appropriatezza clinica. Tutto il resto è una conseguenza: ripercorrendo gli articoli della legge se ne può verificare la piena coerenza con il paradigma della procreazione naturale, con il solo concepimento affidato al laboratorio.

Infatti la fecondazione eterologa non c'era nel testo iniziale, perché quando una coppia decide di avere un figlio per vie naturali non cerca una terza persona; né era possibile selezionare gli embrioni prodotti per scegliere quali trasferire in utero e quali scartare, perché una coppia non può decidere "di chi" essere genitore, non si può dire "tu sì, tu no" rispetto

a più embrioni già esistenti. Si può invece abortire, perché è possibile decidere "se" essere genitori, cioè interrompere volontariamente la singola gravidanza, secondo la legge italiana e, in generale, dal punto di vista tecnico, da tanto tempo. La 40, infatti, non è una legge cattolica. Se lo fosse, avrebbe un solo articolo: è vietata qualsiasi forma di fecondazione assistita.

Non potendo selezionare gli embrioni umani "migliori" non se ne potevano formare in più rispetto a quelli da trasferire, e tantomeno congelarli in serie o distruggerli per esperimenti di laboratorio, e quest'ultima disposizione, contrariamente a quanto contestato dai detrattori della legge, non ostacola la ricerca scientifica: ricordiamo il Nobel per la Medicina 2012 allo scienziato giapponese

Shinya Yamanaka, per le sue cellule staminali "etiche", le IPS, trovate e prodotte senza distruggere embrioni umani, mentre invece sappiamo che la più grande frode scientifica del secolo è stata quella del veterinario coreano Hwang Woo-suk, che aveva millantato di essere riuscito a clonare cellule staminali

embrionali umane per avere miracolose cure di malattie mortali. Il veterinario è stato condannato alla galera dai tribunali coreani; per quanto riguarda le cure con le staminali embrionali, invece, stiamo ancora aspettando.

Infine, la legge 40 non consente l'utero in affitto perché una donna, da sempre, non può partorire un figlio non suo. L'ingresso della fecondazione eterologa operato dalla Corte costituzionale ha aperto una breccia nel paradigma antropologico naturale, portando a una frammentazione della maternità: ci può essere una madre genetica "donatrice" che rinuncia al figlio, diversa dalla gestante che ne resta la madre legale. Ma finché l'accesso alle tecniche resta alla coppia uomo-donna, seguendo criteri clinici, l'impianto complessivo della legge continua a reggere, e potrà essere irrobustito nel nuovo anno appena iniziato, al ventesimo compleanno della legge 40, quando il Parlamento renderà l'utero in affitto un reato perseguibile anche se praticato all'estero.

Malgrado i vari rimaneggiamenti per sentenza, nelle regole ancora in vigore resta il riferimento alla procreazione naturale nella coppia

ANALISI

Il 10 febbraio 2004 una maggioranza trasversale varava alla Camera un sistema normativo che poneva al centro la relazione tra donna e uomo aperta alla vita, con la provetta come ausilio a chi è infertile



La legge 40 approvata dalla Camera in via definitiva il 10 febbraio 2004 segnò la fine del "far west procreativo"





Dir. Resp. Marco Girardo

RICERCA DELL'UNIVERSITÀ DELL'ILLINOIS E DI HOFFMANN-LA ROCHE

Scoperto nuovo antibiotico contro uno dei batteri killer

VITO SALINARO

Se la resistenza agli antibiotici è diventata una minaccia globale tanto che, secondo le autorità sanitarie internazionali, potrebbe provocare 10 milioni di morti all'anno nel mondo entro il 2050 (con una previsione di costi che supera i 100 trilioni di dollari), è anche a causa di una specie batterica sempre più difficile da curare, ovvero l'*Acinetobacter baumannii*. Contro questa pericolosa insidia, un team di scienziati dell'Università statunitense dell'Illinois e del colosso farmaceutico svizzero E. Hoffmann-La Roche ha scoperto e sviluppato un nuovo antibiotico - un "peptide macrociclico ancorato", chiamato *Zosurabalpin* - che ha dimostrato un «elevato potenziale clinico». Al momento il team di ricercatori, guidato da Claudia Zampaloni, Patrizio Mattei e Konrad Bleicher, ha testato l'efficacia del nuovo com-

posto nei test di laboratorio e per trattare le infezioni nei topi, descrivendo le promettenti conclusioni in due articoli appena pubblicati sulla rivista *Nature*.

L'*Acinetobacter baumannii*, resistente alla classe di antibiotici ad ampio spettro carbapenemi (Crab), è un batterio particolarmente pericoloso, classificato come «patogeno critico di priorità 1» dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), e come «minaccia urgente» dai Centri per il controllo e la prevenzione delle malattie degli Stati Uniti. Fa parte dei cosiddetti batteri Gram-negativi. Un patogeno killer soprattutto per i pazienti più fragili, quelli immunocompromessi o ricoverati nelle terapie intensive. È difficile da eliminare perché ha una membrana esterna protettiva che contiene lipopolisaccaridi (Lps), resistenti alla penetrazione di diversi antibiotici. Arrestare la sintesi di Lps, e il suo trasporto alla membrana esterna, riduce la vitalità cellulare e può aumentare la suscettibilità del patogeno ad alcuni antibiotici.

Zosurabalpin ha mostrato di essere in grado di aggirare proprio questi meccanismi che neutralizzano l'azione dei farmaci. Ma, informano i ricercatori, per scongiurare il rischio potenziale che emerga una nuova resistenza anche a questo nuovo composto, occorrono ulteriori indagini «in condizioni clinicamente rilevanti». L'analisi dettagliata del meccanismo d'azione di questa classe di antibiotici mostra come sia possibile «intrappolare il trasportatore molecolare di lipopolisaccaridi, impedendogli di muovere queste sostanze, il che porta alla morte del batterio».

La resistenza ai farmaci dei "super-microbi" è un problema di rilevanza globale. Già oggi nell'Ue più di 670 mila infezioni sono dovute agli agenti patogeni resistenti agli antibiotici: 33 mila persone muoiono ogni anno come diretta conseguenza di queste infezioni. In Italia i decessi annuali sono circa 11 mila. Un numero destinato drammaticamente a moltiplicarsi se le cose non cambieranno a breve.

Mostrato
un «elevato
potenziale
clinico» contro
l'*Acinetobacter*
definito
dall'Oms
«patogeno
critico di
priorità 1»





Dir. Resp. Marco Girardo

Humanity 2.0

Lo stetoscopio IA scova le cardiopatie prima dei luminari



PAOLO BENANTI

L'ultima settimana del 2023 si è conclusa con una novità nel Regno

Unito che merita attenzione: l'uso di uno stetoscopio che, grazie all'Intelligenza artificiale (IA), promette di salvare vite umane e alleggerire la pressione sul Servizio sanitario nazionale. Lo strumento è simile agli stetoscopi già in uso: apparecchi utilizzati principalmente per l'auscultazione, ovvero per ascoltare i suoni prodotti all'interno del corpo, in particolare quelli del cuore e delle vie respiratorie. La sua invenzione risale al 1800: fu ideato per evitare ai medici di dover appoggiare direttamente l'orecchio sul torace dei pazienti, ed è rimasto praticamente invariato da circa 200 anni. Questo nuovo modello però ha una differenza significativa: utilizza l'Intelligenza artificiale per rilevare istantaneamente le malattie cardiache. L'ambulatorio di Golborne, che si trova oltre i binari della ferrovia del ricco quartiere londinese di Notting Hill, è uno dei 200 di medici di base nel nord-ovest di Londra e nel Galles a ricevere uno stetoscopio con Intelligenza artificiale, nel primo impiego di questa tecnologia nell'assistenza primaria del Regno Unito. L'obiettivo dello stetoscopio IA, progettato dall'azienda statunitense

Eko Health, è colmare queste lacune e salvare le vite dei pazienti cardiopatici che finiscono per avere bisogno di cure d'emergenza in ospedale. Quasi la metà dei pazienti di Golborne proviene da gruppi etnici minoritari non bianchi, che tendono ad avere un rischio maggiore di morte per malattie cardiache. Questa scelta permetterà al Sistema sanitario inglese di fare un test sul campo in condizioni di maggiore necessità e con un campione di pazienti molto diversificato. La notizia ci fa pensare, non solo per la sua singolarità ma perché questo dispositivo è stato autorizzato dalle istituzioni mediche per l'uso dei medici generici. Sarà il primo prodotto di Intelligenza artificiale su cui si potrà fare affidamento per prescrivere farmaci salvavita senza la necessità di revisione da parte di uno specialista. I criteri d'adozione di questo strumento sono incentrati non tanto sulla sicurezza d'uso individuale ma sui vantaggi collettivi che può portare. Lo scorso ottobre il Sistema sanitario inglese ha registrato un numero quasi record di 7,7 milioni di appuntamenti non urgenti in attesa. Tra questi ci sono circa 300.000 pazienti in lista d'attesa diagnostica per patologie cardiache, e si stima che ci siano circa 30.000 morti all'anno tra coloro che sono in attesa di questo tipo di esami. Inoltre, in termini di costi, per ogni

paziente curato a livello primario, cioè in ambulatori come quello di Golborne, prima del ricovero d'urgenza, il Servizio sanitario nazionale risparmia 2.500 sterline. Portare questo sistema in un solo settore della zona nord-occidentale di Londra potrà portare immediatamente circa 1 milione di sterline all'anno di risparmi per il Sistema. Se questi sono i motivi che hanno portato i britannici a spingere sul nuovo stetoscopio, per noi, in forza anche di una prospettiva algoretica, non basta un vantaggio collettivo: abbiamo bisogno che la dignità e la sicurezza di ogni singolo paziente sia garantita dallo strumento per pensare a un uso veramente etico dell'Intelligenza artificiale.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tecnologie

Dai nuovi farmaci alla ricerca applicata

Il nuovo anno sarà dominato dall'IA

Nel 2024 prenderanno gambe molti progetti e sperimentazioni di collaborazione tra la ricerca scientifica in campo medico e l'intelligenza artificiale

PAGINA

7

Andrea Benvenuti

PUBBLICATI sulla rivista "Nature Medicine" gli undici progetti e sperimentazioni cliniche più promettenti

Dai nuovi farmaci alla ricerca applicata

Il nuovo anno sarà dominato dall'IA

Nel 2024 prenderanno gambe molti progetti e sperimentazioni di collaborazione tra la ricerca scientifica in campo medico e l'intelligenza artificiale. Le università di mezzo mondo e i centri di ricerca corrono e la corsa accelera l'andatura strada facendo. Dall'intelligenza artificiale a nuovi farmaci e vaccini, dall'app per aiutare le donne che soffrono di depressione durante la gravidanza a trapianti di neuroni ottenuti da cellule staminali per combattere il Parkinson: sono queste le 11 più promettenti sperimentazioni cliniche del 2024, secondo la rivista Nature Medicine, che potrebbero avere un impatto significativo nel campo della medicina del prossimo anno. "L'uso dell'IA comincia a farsi largo anche nelle sperimentazioni cliniche": una di queste valuterà la sua utilità nel prevedere il rischio di mortalità per i pazienti che accedono al pronto soccor-

so, mentre un altro studio la sta testando per esaminare le radiografie al torace, in modo da effettuare una diagnosi precoce per il cancro al polmone. "Riguarda - no diverse tipologie di tumore anche altri tre trial clinici della lista: il primo si focalizzerà sull'utilità di uno screening ogni due anni per prevenire le morti causate dal cancro ai polmoni, il secondo sta valutando l'efficacia e la sicurezza di un farmaco per il cancro al seno con metastasi al cervello, mentre il terzo studierà l'efficacia di una nuova terapia contro il melanoma, un tumore della pelle. Due sperimentazioni tra quelle da tenere d'occhio si occuperanno di salute mentale". L'aspetto sorprendente è che i progetti di sperimentazione riguardano tutto il Pianeta. Ad esemplare è in fase di valutazione nel Pakistan un'app che consente di prestare aiuto a donne che soffrono di depressione durante la gravidanza. Un altro studio indagherà invece l'efficacia di interventi per

la salute mentale dedicati ai bambini che si trovano in affidamento. "Nell'elenco trovano spazio anche i vaccini, tra cui la sperimentazione di uno contro il virus dell'Hiv e uno contro la malaria clinica nei bambini africani. Infine, sono segnalati anche uno studio in cui neuroni ottenuti a partire da cellule staminali saranno trapiantati nel cervello di pazienti affetti dal Parkinson, e uno basato sulla modifica del gene che causa livelli troppo alti di colesterolo". E' di pochi giorni fa la notizia che l'IA ha scoperto una nuova classe di antibiotici in grado di uccidere il batterio Staphylococcus aureus resistente alla meticillina, noto



Conquiste del Lavoro

anche come Mrsa, che provoca ogni anno oltre 100 mila morti in tutto il mondo. Il risultato, anche questo pubblicato sulla rivista Nature, si deve all'Intelligenza Artificiale che ha setacciato circa 12 milioni di composti alla ricerca di nuove molecole. L'innovazione chiave è che i ricercatori sono riusciti anche a capire

quali informazioni cercava l'IA: "questo aiuterà a progettare altri farmaci ancora più efficaci di quelli ora identificati".

An. Ben.





Dir. Resp. Marco Girardo

NEGLI STATI UNITI

DENUNCIATO IL FORTE RISCHIO DI EUGENETICA

Screening genetico totale sugli embrioni Protestano gli scienziati

Uno screening genetico totale sugli embrioni della fecondazione assistita offerto da una società americana ha sollevato una rara protesta della comunità scientifica e accresciuto il rischio di una eugenetica liberale, ovvero non imposta dallo Stato ma scelta dai singoli genitori. La Orchid Health (partecipata da big del settore come Church e Wojcicki) ha appena annunciato che offrirà la possibilità di sequenziare l'intero genoma degli embrioni concepiti in vitro. «Trovate l'embrione con il rischio più basso per una malattia che è presente nella vostra famiglia», si legge sul sito web. Costo: 2.500 dollari a embrione. Come riferisce "Science" online, sebbene Orchid e almeno altre due società del settore biomedico eseguano finora uno screening più limitato, il nuovo test non si limita a cercare le mutazioni di un singolo gene che causano disturbi come la fibrosi cistica, una punta a individuare una serie di varianti genetiche note per predisporre a disturbi dello sviluppo neurologico, obesità grave e condizioni psichiatriche come la schizofrenia. Lo Psychiatric Genomics Consortium (PGC), un gruppo internazionale di oltre 800 ricercatori che lavora sulle basi genetiche e molecolari delle malattie mentali, sostiene che Orchid si basa su loro dati e ha violato le restrizioni poste contro l'uso di tali conoscenze per lo screening degli embrioni. Il

PGC è contrario perché il suo obiettivo è migliorare la vita di chi è affetto da disturbi psichiatrici, non impedire la nascita, ha spiegato Patrick Sullivan, fondatore del consorzio. Le cliniche di fecondazione in vitro sono già in grado di prelevare una manciata di cellule da embrioni in vitro e verificare se un bambino eredita il gene che causa una malattia. Anche questo screening più limitato ha generato dibattiti sulla possibilità di dare garanzie ai genitori sul fatto che un embrione si svilupperà in un bambino sano. E dal punto di vista etico se questa prassi possa condurre a una forma moderna di eugenetica, ovvero selezione degli individui su base genetica. Ora, il preoccupante salto di qualità della Orchid Health. Secondo Andrew McQuillin, genetista all'University College di Londra, «è il tipo di procedura che, una volta diffusasi, tra 40 anni ci chiederemo: "Cosa abbiamo mai fatto?"».

Andrea Lavazza

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

IL RAPPORTO DEL MINISTERO DELLA SALUTE

Sempre più under 25 dipendenti da cannabis

Nel 2022 i servizi pubblici per le dipendenze hanno fornito assistenza a 129.259 persone con dipendenza da sostanze. Il 13,5%, pari a 17.497, sono nuovi utenti. Sono alcuni dei dati che emergono dal "Rapporto tossicodipendenze 2022" redatto dal ministero della Salute, che mostra una transizione nel tipo di droghe maggiormente causa di dipendenze: l'eroina, che era la causa della dipendenza per circa il 65% dei vecchi pazienti, cede il posto alla cocaina che oggi risulta sostanza primaria d'abuso nel 38,5% dei casi, mentre tra i giovanissimi è prevalente, in due casi su tre, la dipendenza da cannabis.

Secondo il rapporto, l'86% dei pazienti in trattamento è di genere maschile, prevalentemente di nazionalità italiana (91,4%). Le classi di età più frequenti sono quelle comprese tra i 35 e i 54 anni.

Tra le droghe, nel 2022 i nuovi utenti sono in trattamento soprattutto per la cocaina, che è sostanza d'abuso per 6.718 persone. Seguono eroina (5.652 persone) e i cannabinoidi (4.336). Le droghe più usate, tuttavia, cambiano in base alla fascia di età. I giovanissimi (under 25), in oltre il 70% dei casi, sono assistiti per dipendenza dalla cannabis. Tra gli over 55, invece, gli oppiacei sono la sostanza più frequente. Nel 2022 sono stati 16.779 i ricoveri per diagnosi correlate all'uso di droghe per un totale di quasi 200 mila giornate di degenza; 8.152, invece, gli accessi al pronto soccorso; nel 12,4% dei casi si è reso necessario il ricovero richiesto, per 3 pazienti su 4, per "psicosi indotta da droghe". Secondo il rapporto, nel 2022 sono 573 i Servizi pubblici per le Dipendenze (Ser.D) attivi in Italia. In essi lavorano 6.397 professionisti: il 31,5%

sono infermieri, il 20,7% medici, il 14,7% psicologi, il 13,5% assistenti sociali, il 10,3% educatori professionali, il 2,1% operatori tecnici dell'assistenza e operatori socio-sanitari.

Secondo una recente pubblicazione della Fondazione Veronesi, l'uso combinato di tabacco e Cannabis, spesso fumate a scopo distensivo, nella realtà inducono ansia e depressione. E con il tempo per rilassare o aiutare il sonno richiedono dosi più alte: è la dipendenza. Avvalendosi dei dati di uno studio messo in campo per il Covid-19, i medici di San Francisco (Usa) hanno analizzato i casi di 53.843 persone tra marzo 2020 e aprile 2022 che avevano risposto a domande sull'uso delle due sostanze nel corso di 30 giorni. I numeri emersi sulla salute mentale sono stati 26,5 per cento di stato d'ansia e 28,3 per cento di depressione. Nel gruppo di controllo, fatto da non fumatori né di sigarette né di marijuana o hashish, i numeri corrispondenti sono risultati soltanto del 10,6 per cento e dell'11,2 per cento. Colto anche il livello di salute psichica per i fumatori di solo tabacco: anche qui maggiori livelli di depressione e ansia rispetto ai non fumatori tout court.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'eroina cede il posto alla cocaina, che oggi risulta sostanza primaria d'abuso nel 38,5% dei casi. Nel 2022 assistite nei servizi pubblici 130mila persone

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Girardo

«Ospedale bruciato, una ferita A Tivoli la gente vuole risposte»

FRANCESCO OGNIENE

Una «grande ferita» per la comunità: così il vescovo di Tivoli e Palestrina Mauro Parmeggiani ha definito durante la Messa di fine anno nella Chiesa di Santa Maria Maggiore a Tivoli l'inaccessibilità dell'Ospedale San Giovanni Evangelista, devastato da un drammatico incendio nella notte tra 8 e 9 dicembre. Il rogo, nel quale morirono tre pazienti ultraottantenni, ha lasciato un'area di 350mila abitanti priva del suo principale riferimento sanitario, con tempi di ripristino ancora ignoti (il governatore del Lazio Francesco Rocca ha detto che «per rendere di nuovo funzionale l'ospedale ci vorranno dai 4 ai 6 mesi»). Un'incertezza che grava come un'ipoteca sull'anno appena iniziato, con uno stato d'animo di grande preoccupazione del quale monsignor Parmeggiani si è fatto accorato portavoce.

Se è vero che la ferita «è stata arginata quanto al numero delle vittime, per le quali stasera preghiamo», ha detto il vescovo, tuttavia la sua presenza dolorosa e incombente «fa ancora paura ai tanti ammalati, anziani, a tante mamme che devono partorire, ai tanti che ogni giorno andavano a curarsi presso di esso, al personale medico e paramedico che ha perduto il proprio abituale luogo di lavoro. Da quel 9 dicembre - ha aggiunto Parmeggiani - ci sentiamo più fragili perché se dovessimo aver necessità di cura della salute non abbiamo punti di riferimento vicini e perché la chiusura del nostro

ospedale pone sotto stress la cura che viene prestata in altri ospedali intorno a Tivoli per il numero maggiorato di pazienti che devono ospitare e curare e il servizio di trasporto assicurato dalle ambulanze che dovendo percorrere lunghi tragitti si rivelano insufficienti alla bisogna». All'indomani del disastro si erano messi a disposizione gli ospedali romani Sant'Andrea, Pertini, Umberto I, Tor Vergata e le strutture di Subiaco, Palestrina e Colferro, mentre l'Azienda regionale emergenza sanitaria ha messo a disposizione 10 ambulanze. Intanto per una prima gestione dei casi di emergenza è stata allestita una tensostruttura davanti alla palestra comunale.

Una concretezza che non può però limitarsi a provvedimenti-ponte ma deve mirare a ristabilire la normalità nel più breve tempo possibile. Il vescovo ne è ben consapevole: «Per promuovere la pace - ha anche detto in quella che era la liturgia vigilare della Giornata mondiale - occorre vincere la paura e sperare perché Dio non ci abbandonerà. Ma occorre anche darci da fare, prevenire la protesta, le divisioni, il malessere sociale che crescendo potrebbe portare a forme di intolleranza, di episodi violenti - Dio non voglia! -, di insoddisfazione verso la politica - forma democratica di partecipazione dei cittadini alla conduzione della cosa pubblica». Una voce, quella di Parmeggiani, che si fa carico dell'ansia della gente: «Sicuro di interpretare anche il vostro pensiero - ha detto - vorrei, nel rispetto dei tempi che la magistratura deve prendersi per portare a termine le proprie giuste indagini, fare appello a tutte le istanze governative, regionali, dei comuni i cui cittadini fanno riferimento all'ospede-

dale di Tivoli, a tutti coloro che in qualche modo possono fare qualcosa affinché il San Giovanni venga riaperto in toto e al più presto. La cura del prossimo che è ammalato è una forma speciale per generare rapporti umani autentici, per dare serenità a chi è malato e ai suoi familiari. Se desideriamo la pace chiedo con umiltà, ma anche con determinazione che tutti - a partire dagli amministratori della cosa pubblica ai più alti livelli - si impegnino a far sì che i servizi essenziali da dare a questa città, a partire dall'ospedale - forma eminente di riconoscimento dei diritti dei cittadini alla salute e alla sicurezza - siano al più presto riattivati».

La morte nel Napoletano di una bambina di tre mesi per la chiusura del Pronto soccorso vicino alla sua casa è un monito per tutti: «Nelle forme che ci sono possibili - ha concluso Parmeggiani - impegniamoci tutti affinché si realizzi il nostro desiderio. So che il sindaco sta facendo tanto, ma non basta. Impegniamoci con la preghiera, contattando e sollecitando chi può intervenire economicamente e con provvedimenti speciali e d'urgenza a favore di questa ferita che rimarginandosi darà serenità e prospettiva di futuro alla nostra comunità».

IL FATTO

Dal vescovo Parmeggiani arriva l'appello per il tempestivo ripristino della struttura - che serve un'area di 350mila abitanti - ora inagibile dopo l'incendio tra l'8 e il 9 dicembre. «Prevenire divisioni e malessere sociale»



Pazienti dell'Ospedale di Tivoli evacuati il giorno dopo l'incendio, il 9 dicembre.

