

RASSEGNA STAMPA

30 Settembre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Intervento unico al mondo su Sindrome di Bouveret al Garibaldi di Catania

CATANIA (ITALPRESS) – Non si trova nella narrativa ufficiale un intervento di questo genere su un caso di Sindrome di Bouveret. Giunta al Pronto Soccorso dell'ospedale Garibaldi-Centro di Catania, a seguito di un calcolo che ostruisce il duodeno individuato attraverso una gastroscopia eseguita privatamente, una paziente di 64 anni si vede diagnosticata la Sindrome di Bouveret

CATANIA (ITALPRESS) - Non si trova nella narrativa ufficiale un intervento di questo genere su un caso di Sindrome di Bouveret. Giunta al Pronto Soccorso dell'ospedale Garibaldi-Centro di Catania, a seguito di un calcolo che ostruisce il duodeno individuato attraverso una gastroscopia eseguita privatamente, una paziente di 64 anni si vede diagnosticata la Sindrome di Bouveret con una fistola colecisto-duodenale, una rara patologia che si caratterizza per l'alto rischio di mortalità. Sono infatti circa duecento i casi riscontrati negli ultimi cinquanta anni, con un tasso altissimo di mortalità in quelli in cui non si è giunti ad una diagnosi tempestiva. Dopo un accurato confronto tra i medici del Pronto Soccorso, il dottore Enrico Piazzese, con il responsabile dell'Unità di Gastroenterologia dell'Arnas Garibaldi, Domenico Catarella, si è deciso di intervenire con una delicata procedura endoscopica, realizzabile soltanto grazie all'attrezzatura tecnologica avanzata, fornita di laser e sonde, in dotazione presso le sale operatorie all'ospedale di Nesima. Non trovandosi in narrativa ufficiale alcun intervento di questo genere su un caso di Sindrome di Bouveret, fanno sapere dall'Ospedale, la tecnica a cui si è fatto ricorso, comunque lunga e complessa, ha una casistica limitata ma si distingue per la modesta invasività, che salva il paziente da un intervento chirurgico traumatico e rischioso. "Per potere intervenire - spiega Catarella - ho dovuto chiedere specifiche assicurazioni dall'anestesista, Luana Raciti, la quale mi ha messo subito nelle condizioni di lavorare in tranquillità e sicurezza.

Non avendo riscontri in narrativa, abbiamo dovuto operare con cautela, ma grazie all'aiuto di tutti abbiamo centrato l'obiettivo". Dopo qualche iniziale difficoltà, il complesso intervento viene concluso con successo e il calcolo viene frammentato e rimosso, restituendo alla paziente la condizione di asintomaticità auspicata. Infine, all'esame di una ulteriore tomografia computerizzata di controllo, eseguita a distanza di 48 ore, la donna viene fatta rialimentare e, successivamente, accompagnata alle dimissioni ospedaliere. "Diagnosi precoce, competenza e tempestività - sottolineano dalla struttura sanitaria - sono stati gli elementi determinanti per sconfiggere una patologia così complessa, che nella fattispecie ha richiesto l'azione contemporanea di ben due dipartimenti: quello dell'emergenza, diretto da Giovanni Ciampi, e quello delle chirurgie, diretto da Luigi Piazza. "Si tratta - sottolinea Giuseppe Giammanco, direttore generale dell'Arnas Garibaldi - dell'ennesimo successo della multidisciplinarietà e della professionalità dei nostri operatori. Siamo felici che la paziente sia tornata a vivere normalmente e faccio i complimenti all'equipe medica e infermieristica che ha permesso di ottenere questo successo".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

LIVESICILIA

Sindrome di Bouveret, delicato intervento al Garibaldi di Catania

CATANIA – **Un intervento** – che i medici dicono ancora mai tentato al mondo – su una paziente affetta dalla **sindrome di Bouveret** è stato eseguito con una rara procedura endoscopica nell'ospedale Garibaldi centro di Catania su una donna di 64 anni.

Alla donna, giunta al Pronto Soccorso per un calcolo che le ostruiva il duodeno, individuato attraverso una gastroscopia eseguita privatamente, è stata diagnosticata la Sindrome di Bouveret con una fistola colecisto – duodenale, una rara patologia che si caratterizza per l'alto rischio di mortalità.

Le statistiche

Sono infatti circa duecento i casi riscontrati negli ultimi 50 anni, con un tasso altissimo di mortalità in quelli in cui non si è giunti a una diagnosi tempestiva.

Dopo un accurato confronto tra i medici del Pronto Soccorso è stato deciso di intervenire con una delicata procedura endoscopica, realizzabile soltanto grazie all'attrezzatura tecnologicamente avanzata, fornita di laser e sonda, in dotazione presso le sale operatorie all'ospedale di Nesima.

Dopo qualche difficoltà iniziale, il complesso intervento è stato concluso con successo e il calcolo è stato frammentato e rimosso. Infine, all'esame di un ulteriore TC di controllo, eseguita a distanza di 48 ore, la donna è stata accompagnata alle dimissioni ospedaliere. “Si tratta – dice il direttore generale dell'Arnas Garibaldi **Giuseppe Giammanco** – dell'ennesimo successo della multidisciplinarietà e della professionalità dei nostri operatori. Siamo felici che la paziente sia tornata a vivere normalmente e faccio i complimenti all'equipe medica e infermieristica che ha permesso di ottenere questo successo”.

I complimenti del presidente della Regione

Il presidente della Regione Siciliana, Renato Schifani, ha telefonato al direttore generale dell'Arnas Garibaldi di Catania, Giuseppe Giammanco, per esprimere “i più sinceri complimenti e l'apprezzamento per l'alta professionalità”. **Schifani ha sottolineato come questo risultato rappresenti** “non solo un motivo di orgoglio per la sanità siciliana, ma un esempio di eccellenza a livello mondiale”. **Per il presidente**, questo traguardo conferma “che attraverso investimenti nelle tecnologie e la formazione dei professionisti, il sistema sanitario regionale può raggiungere obiettivi straordinari a beneficio della collettività”.

AL MOLINETTE DI TORINO. MAI SUCCESSO IN ITALIA

Primo trapianto di cuore e fegato in blocco

Gli organi impiantati insieme a una 38enne romana affetta da cardiopatia congenita. Coinvolte tre equipe mediche

CLAUDIA OSMETTI

■ Cuore e fegato. Che andrebbe scritto proprio così, tutto attaccato, in blocco, come se fosse un unico organo: perché non è un semplice "doppio trapianto", quello avvenuto nei giorni scorsi all'ospedale Molinette della Città della salute di Torino, in Piemonte. Non è neanche un intervento ordinario, un'operazione di routine. È, semmai, un trapianto da record (nel senso che in Italia non s'era mai fatto prima e in Europa nemmeno e negli Stati Uniti di casi accertati ce ne sono risicate manciate). Raro. Rassimo. Eppure salvapelle.

MEDICINA SALVAVITA

La medicina è così, dopotutto. È scienza applicata. È studio e anche esecuzione. È eccellenza (e noi italiani, sotto questo aspetto, non dobbiamo temere il confronto con nessuno). È che se davanti hai una ragazza (sissignori, si è ancora ragazze a 38 anni) cardiopatica che si è già sottoposta più volte a operazioni al cuore e che, a causa di una malattia cardiaca malformativa accusa un danno sempre più severo anche un po' più in giù, al fegato, fai di tutto per farla stare meglio. Tenti anche l'intentato.

Lei, la paziente, originaria di Roma, iscritta nella lista nazionale dei trapianti urgenti (quella gestita dal Centro nazionale trapianti), per la gravità delle sue condizioni non poteva aspettare più. Prima le indagini emodinamiche del cardiologo pediatrico Giuseppe Annoni (all'ospedale infantile Regina Margherita, ancora a Torino); poi la diagnosi dell'ematologia Silvia Martini (alle Molinette); e infine quella speranza, accesa nell'esatto istante in cui si è trovato un donatore idoneo, in breve tempo, dalla

Lombardia e, che in quello che dev'esser stato un momento terribile per la sua famiglia, è riuscito a fare il regalo più generoso che ci sia, tra l'altro doppio, per entrambi gli organi assieme.

È qui che il trapianto di Torino passa dal "miracolo" al "miracolo apripista" (sempre viva l'innovazione che ci allunga la vita): ha mantenuto, infatti, la normale (e quindi naturale) connessione del cuore col fegato. Un intervento che sono due interventi e che, però, come abbiamo spiegato, è un intervento solo. Con una serie di vantaggi che secondari non lo sono: tempi di sofferenza ischemica degli organi prima di essere trapiantati minimizzata e ripresa della loro funzione nel post operatorio migliore. Hai detto niente.

Certo, non è stata una passeggiata. Ma in sala operatoria non lo è mai. In questa vicenda le équipe col camice bianco coinvolte sono state addirittura tre: due in Lombardia (quella del prelievo del cuore e quella del prelievo del fegato), che hanno lavorato fianco a fianco sul donatore; e una multidisciplinare (formata sia da cardiocirurghi che da epatocirurghi) in Piemonte, che ha preparato la paziente e l'ha seguita passo passo per dodici ore di fila senza mai perderla di vista un secondo. Parole d'ordine: collaborazione e sincronizzazione perché in ballo c'era una "maratona", sì, ma di quelle che fanno la differenza.

Sorridono soddisfatti, oggi, con la mascherina ancora calata sul collo, il professor Mauro Rinaldi delle Molinette (è lui, col suo team, che ha isolato e asportato il cuore malato della 38enne) e il professor Renato Romagnoli (che, nello stesso istante, assieme al dottor Paolo Strignano, era impegnato a rimuoverle anche il fegato). La ragazza roma-

na, nel frattempo, era mantenuta in vita con la circolazione extra-corporea che veniva assicurata dalla macchina cuore-polmoni. Messo in questi termini, d'accordo, sembra fantascienza: invece no, è solo scienza. E di quella che ci fa star bene.

INTERVENTO INNOVATIVO

Gli altri artefici di questo trapianto eccezionale (nel vero senso della parola considerato che, stando alle statistiche odierne, è un'eccezione) sono Giacomo Maraschioni (Cardiologia) e Damiano Patrono (Chirurgia del trapianto del fegato): loro hanno fisicamente prelevato il "blocco" cuore e fegato che è stato poi trasportato con ogni cautela fino alla sala operatoria. L'intervento, ed è ciò che conta, si è concluso con successo: la 38enne si è svegliata dall'anestesia, è lucida e respira autonomamente. È ricoverata, ovvio, in Intensiva cardiocirurgica (per la prosecuzione delle cure e in attesa di essere trasferita in degenza): non sarà una bazzecola nemmeno la riabilitazione, ma è andato tutto bene. «Questo trapianto innovativo conferma l'eccellenza a livello internazionale della nostra azienda ospedaliero-universitaria», dice il dottor Giovanni La Valle, che è il direttore generale della Città della Salute di Torino, il quale parla di un «nuovo e importante traguardo per una cura sempre più efficace di pazienti gravemente malati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'AUMENTO DEI TUMORI AL PANCREAS: LA MINACCIA DEL NUOVO NEMICO SILENZIOSO

Melania Rizzoli a pagina 19



SALUTE E PREVENZIONE

Tumore al pancreas: il nemico silenzioso

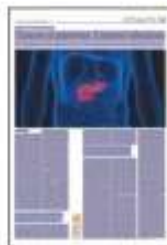
La neoplasia è in costante aumento, in campo anche l'la per la diagnosi precoce

di **Melania Rizzoli**

■ Un tempo era considerato un tumore raro, ma oggi il cancro del pancreas è in continua crescita, è sempre più diffuso, colpisce sia le donne che gli uomini, è diventato la quarta causa di decesso per patologia oncologica, dopo quella del polmone, del colon-retto e della mammella, e le previsioni di incidenza per il futuro non sono affatto rosee, poiché la neoplasia è insidiosa, colpisce a tradimento, in genere dopo i 55 anni fino agli 80 anni, ha un trend in costante aumento e sta diventando una vera emergenza sanitaria in tutto il mondo. La rivista scientifica *The Lancet* rivela che l'Europa occidentale è la regione con il più alto rischio di sviluppare questo tumore, mentre in Italia lo scorso anno sono state certificate oltre 16.800 nuove diagnosi, ovvero circa 1.400 nuovi casi al mese, l'85% dei quali riconosciuti purtroppo in fase già avanzata. Le principali criticità diagnostiche legate a questo tipo di malattia sono le difficoltà di individuare la patologia nella sua fase iniziale, poiché il pancreas è piccolo organo a forma di lingua, del peso di soli 80 grammi, situato in profondità nell'addome, per cui non è palpabile alla visita medica, essendo adagiato dietro lo stomaco sul rachide lombare, e ad oggi l'unico modo per sorvegliarlo o monitorarlo è quello di eseguire, nei soggetti a rischio, ogni due anni ecografie o Tac

addominali molto accurate e mirate, allo scopo di scoprire od intuire il benché minimo sospetto della sua insorgenza o presenza. Questo perché il pancreas, quando inizia a sviluppare la neoplasia, pur essendo spesso molto aggressiva, nelle prime fasi di crescita è sempre silente, cioè non dà segni di vita, non genera sintomi di alcun genere, per cui questo tumore non viene scoperto quasi mai precocemente, se non fortuitamente, e nella maggioranza dei casi viene diagnosticato quando ormai non è più considerato guaribile. L'adenocarcinoma pancreatico inoltre, essendo sempre asintomatico all'inizio del suo sviluppo, quando, dopo qualche mese, inizia a far emergere i piccoli segnali aspecifici e non identitari dell'organo, fondamentale per la digestione ed il controllo della glicemia, quegli stessi disturbi ingannano il paziente che interpreta in modo erroneo la lieve nausea, le difficoltà digestive e il cambiamento delle abitudini intestinali per disturbi legati alle stagioni o alla dieta, il dolore alla schiena per una lombalgia, quello alla parte superiore e profonda dell'addome per gastriti o reflusso gastroesofageo, e il prurito insolito e diffuso per una comune allergia. Il 70% delle neoplasie del pancreas si sviluppa nella testa dell'organo, dove confluiscono i dotti biliari, e quando arriva tutto il corollario dei segnali di presenza del tumore, incluso l'it-

tero, cioè la colorazione giallastra delle sclere e della pelle, dovuto al reflusso della bile nel circolo sanguigno, è già troppo tardi per intervenire od ipotizzare un esito positivo. Dal momento che solo meno del 20% dei pazienti neoplasticati risultano candidabili ad una chirurgia elettiva ad intento curativo, imparare ad ascoltare i primi segnali del tumore del pancreas è fondamentale per riconoscerlo ed aggredirlo con cure tempestive, farmacologiche, chirurgiche e strumentali, anche se a tutt'oggi non è ancora stata ancora individuata una cura specifica e mirata. La Pancreatic Cancer Europe da diversi anni è al lavoro per diffondere la conoscenza di questa malattia e soprattutto per attivare i programmi di prevenzione che oggi non esistono, e nel mirino dei medici ci sono in primo luogo l'obesità, le diete ricche di grassi e povere di verdura e frutta, il diabete tipo II scompensato e non controllato, che creerebbe un microambiente ricco di cellule, proteine e sostanze infiammatorie, oltre ai soliti danni ripetuti e reiterati del fumo e della se-



il Giornale

dentarietà od inattività fisica. Così come sono considerati a rischio i pazienti con pancreatite croniche, coloro che hanno affrontato una gastrectomia, o quelli che hanno familiarità o predisposizione genetica per tale patologia, come le mutazioni del gene BRCA 2, Cdkn2A ed altri geni coinvolti, ancora ipoteticamente, nella genesi di questa patologia.

Importante sottolineare che come per la mammella ed altri organi bersaglio, anche nel caso del cancro del pancreas non esiste un unico tipo istologico, perché ce ne sono tanti tipi diversi, ognuno con alterazioni particolari e differenti, per molte delle quali si stanno già sperimentando dei farmaci ad hoc, ma purtroppo le molte morti di personaggi famosi a causa di questa neoplasia, che sono state rese note negli ultimi mesi ed anni sui media, hanno coperto questa malattia di un'aura nefasta che incide molto timore e panico nei pazienti che la stanno attualmente affrontando e curando.

Invece la ricerca non si è

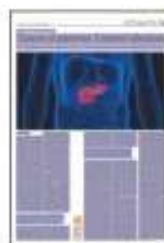
mai fermata, sono stati messi a punto due diversi regimi di chemioterapia, ciascuno costituito da due, tre farmaci, che hanno avuto un impatto importante sulla sopravvivenza, anche se un ruolo primario stanno avendo la immunoterapia e i farmaci a bersaglio molecolare, con risultati abbastanza promettenti, mentre le prospettive terapeutiche a breve termine sono legate alla decodificazione del genoma del pancreas, dal quale si potranno intuire alcune delle cause scatenanti la malattia, e quindi individuare una terapia genica mirata. Un algoritmo di intelligenza artificiale è allo studio nell'ambito del progetto europeo PANCAIM (Pancreatic cancer artificial intelligence for genomics and personalized medicine) per individuare formazioni tumorali allo stadio iniziale, quando ancora le dimensioni sfuggono alle più sofisticate indagini radiologiche a disposizione, con l'obiettivo di ampliare la quota di pazienti candidabili alla chirurgia risolutiva, mentre il progetto PANCAID (Pancreatic cancer initial detection via liquid biopsy) è invece incentrato sulla ricerca di biomarca-

tori in circolo, attraverso un semplice esame del sangue per la diagnosi precoce, o per individuare i soggetti ad alto rischio. Inoltre, notizia importante e ricca di speranze, negli Usa è stato recentemente sviluppato un vaccino ad RNA messaggero dedicato e personalizzato, finalizzato alla prevenzione della recidiva nei pazienti operati, anche tardivamente, per i quali i primi dati clinici stanno offrendo risultati più che incoraggianti.

A fronte di uno scenario tuttora critico, con incidenza del tumore del pancreas in forte aumento, e nessuna certezza scientifica sulle cause di insorgenza e sulla efficienza delle cure a disposizione, è evidente la necessità di maggiori risorse per la ricerca con stretta collaborazione tra i paesi europei e programmi condivisi di politica sanitaria a livello mondiale, al fine di individuare con sicurezza le ragioni di questa grave patologia, per trovare di conseguenza le cure appropriate di riferimento, per l'unico tumore che ad oggi, purtroppo, non ha mostrato nessuna riduzione del tasso di mortalità.

Lo scorso anno in Italia sono stati diagnosticati 16.800 nuovi casi, circa 1.400 al mese, l'85% dei quali riconosciuto in fase già avanzata

La ricerca non si ferma, sono stati messi a punto due diversi regimi di chemioterapia che hanno avuto un impatto importante sulla sopravvivenza



Il Papa all'attacco sull'aborto «I medici sono come dei sicari»

Francesco al rientro dal Lussemburgo: i figli vanno difesi, non si uccidono gli esseri umani

dal nostro inviato sul volo papale **Gian Guido Vecchi**

Tre giorni in Lussemburgo e Belgio, nel cuore dell'Europa secolarizzata, una «crisi» nella quale si è passati «da un cristianesimo sistemato in una cornice sociale ospitale a un cristianesimo di minoranza, o meglio di testimonianza». Sul volo SNuigi da Bruxelles, Francesco raggiunge i giornalisti, l'aria serena. Venerdì si è concesso una sosta andando a prendere un caffè, «quella del bar è una ragazzata, la prossima sarà la pizzeria», sorride. Ma poi il volto si rattrista, «penso a quelle persone disperse alle Canarie, mi fa dolore. Oggi tanti migranti che cercano la libertà si perdono nel mare. È da piangere».

Santità, le sue parole sull'aborto, davanti alla tomba di Re Baldovino, hanno stupito in Lussemburgo...

«Il Re è stato coraggioso, davanti a una legge di morte non ha firmato e si è dimesso. Ci vuole coraggio, un politico con i pantaloni, per fare questo. Ha dato un messaggio e lo ha fatto perché è un santo. Ancora non lo è, ma il processo di beatificazione andrà

avanti perché ne abbiamo avuto prova».

E come far coincidere il diritto alla vita e il diritto della donna?

«Le donne hanno diritto alla vita, la loro e la vita dei figli. Non dimentichiamo di dire questo: un aborto è un omicidio. La scienza ti dice che al primo mese del concepimento tutti gli organi sono già completi. Si uccide un essere umano. I medici che si prestano a questo, permettemi la parola, sono dei sicari. E su questo non si può discutere. Si uccide una vita umana. E le donne hanno il diritto di proteggere la vita. Un'altra cosa sono i metodi contraccettivi, non confondere, io adesso parlo solo dell'aborto. E su questo non si può discutere. Scusami, ma è la verità».

Lei pensa che Israele sia andata oltre, in Libano e a Gaza?

«Tutti i giorni telefono alla parrocchia di Gaza. Mi dicono le cose che succedono, anche le crudeltà. E quello che lei mi dice... Non ho capito bene come sono state le cose, ma la difesa sempre deve essere proporzionata all'attacco. Quando c'è qualcosa di spro-

porzionato, si fa vedere una tendenza dominatrice che va oltre la moralità. Un Paese che con la forza fa queste cose — parlo di qualsiasi Paese — in un modo così «superlativo»... sono azioni immorali. Anche nella guerra c'è una moralità da custodire. La guerra è immorale ma le regole di guerra indicano qualche moralità».

In Belgio ha incontrato le vittime di abusi. Come intende procedere?

«Ho ascoltato gli abusati. Credo sia un dovere. Alcuni hanno bisogno di un trattamento psicologico. Si parla di una indennizzazione perché nel diritto civile c'è. In Belgio, non sono sicuro, ma credo siano 50 mila euro, è troppo basso. Non serve. Abbiamo la responsabilità di prenderci cura delle persone abusate e punire gli abusatori, perché l'abuso non è un peccato che domani forse non c'è, è una malattia psichiatrica, dobbiamo metterli in trattamento e controllarli. Non si può lasciare un abusatore libero nella vita normale, con responsabilità in parrocchie e scuole. Ho detto ai vescovi di non avere paura e di andare avanti. Co-

prire, questa sì è la vergogna».

L'università cattolica di Lovanio ha diffuso una nota che «deplora» le sue «posizioni conservatrici sul ruolo della donna nella società».

«Questo documento è stato fatto nel momento in cui parlavo, è stato «pre-fatto», e questo non è morale. La donna, lo dico sempre, è più importante degli uomini, perché la Chiesa è donna. Maschilizzare la Chiesa e le donne non è umano, non è cristiano. Se questo a quelle signore sembra conservativo, io sono Carlos Gardel (un cantante e compositore franco-argentino di inizio Novecento, ndr). Non si capisce. Io vedo che c'è una mente ottusa che non vuol sentire parlare di questo. Il ministero mariano è più grande del ministero petrino. E dire questo è una cosa reale, non dico moderna, ma reale. Non è antiquato. Un femminismo esagerato, che vuol dire che la donna sia maschilista, non funziona. Una cosa è il maschilismo che non va, una cosa è il femminismo che non va. Quello che va è la Chiesa-donna che più grande del ministero sacerdotale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'Ateneo cattolico

L'università di Lovanio, in Belgio, in una nota critica il Pontefice: posizioni conservatrici



Sull'aereo

La conferenza stampa di Francesco sul volo, al termine di un viaggio di tre giorni tra Belgio e Lussemburgo (Ap)



«Tutelata un'eccellenza»

Passa l'emendamento per salvare il Santa Lucia

Arriva un primo step per il salvataggio dell'Istituto di Ricerca e Cura a carattere scientifico (Irccs) Santa Lucia. Le Commissioni V e VI del Senato hanno approvato, infatti, un emendamento del relatore al cosiddetto Decreto legge Omnibus, il senatore di Fratelli d'Italia Giorgio Salvitti,

per il salvataggio della Fondazione Santa Lucia.

Magliaro a pag. 45



Salvataggio del Santa Lucia prelazione per Enea Tech

► Con un emendamento al Dl Omnibus assegnata la priorità alla Fondazione per l'acquisto della clinica. Rocca: «Salvaguardata un'eccellenza nella riabilitazione»

IL CASO

Prima l'intervento risolutivo del Governo Meloni con lo stanziamento di 11 milioni di euro. Ieri, arriva un primo step per arrivare al salvataggio dell'Istituto di Ricerca e Cura a carattere scientifico (Irccs) Santa Lucia. Le Commissioni V e VI del Senato hanno approvato, infatti, un emendamento del relatore al cosiddetto Decreto legge Omnibus, il senatore di Fratelli d'Italia Giorgio Salvitti, per il salvataggio della Fondazione Santa Lucia.

«PRELAZIONE»

«La proposta che oggi ha avuto il via libera - spiega Salvitti - prevede il diritto di prelazione, nell'acquisto dell'ospedale specializzato in riabilitazione neuromotoria, alla Fondazione Enea Tech e Biomedical, che agisce attraverso la costituzione di un soggetto no profit partecipato dalla Regione Lazio. Attraverso un puntuale strumento normativo, garantiamo la continuità

delle prestazioni specialistiche, tuteliamo i lavoratori e i cittadini. Non potevamo permettere che un presidio di eccellenza della sanità laziale chiudesse i battenti a causa di un enorme dissesto economico. Dopo il tavolo al Mimit, la scorsa estate e il finanziamento straordinario di 11 milioni di euro da parte del Governo Meloni, che ha permesso alla clinica di continuare a operare stabilmente, l'ennesimo atto concreto per tutelare un presidio sanitario di qualità».

«SODDISFAZIONE»

Il Presidente della Regione Lazio, Francesco Rocca, esprime «la più viva soddisfazione per l'approvazione, nelle Commissioni V e VI del Senato, dell'emendamento al Dl Omnibus che consentirà di salvaguardare un'eccellenza come il Santa Lucia. Un percorso che seguiamo, con attenzione, da mesi. Oggi assistiamo al primo, importante, tassello che sono certo troverà il

parere favorevole dell'Aula. Ringrazio il relatore, il Senatore di Fratelli d'Italia Giorgio Salvitti, e il Governo Meloni, in particolare i Ministri Urso e Schillaci, per la grande attenzione riservata a un presidio fondamentale per la riabilitazione neuromotoria del Lazio e di tutto il Paese».

LA VICENDA

La storia del Santa Lucia è una storia che ha visto, nell'ultimo decennio, accumularsi debiti che avrebbero superato i 150 milioni di euro.

Durante l'estate, la questione



era finita sul tavolo della presidenza della Regione Lazio e del Ministro delle Imprese e del Made in Italy, Adolfo Urso.

La prima notizia, a fine luglio, era quella del buco nei bilanci. Non quantificato ufficialmente ma stimato in 150 milioni di euro che si sono accumulati in un decennio. Immediatamente, i sindacati scendono in strada, organizzano un presidio sotto il ministero di Urso in via Veneto e una petizione online che raccoglie in poche ore 20mila firme. Il Santa Lucia, una struttura di eccellenza nazionale nella riabilitazione psicomotoria, è il rischio, in quei giorni, era quello del fallimento o di una vendita all'asta. Ci sono da salvaguardare i pazienti e i professionisti sanitari, medici e infermieri, che vi lavorano.

Per questo, fra la fine di luglio e i primi giorni di agosto si avvia una girandola di tavoli e di incontri. Al termine dei quali il governo Meloni interviene e stanziava un contributo straordinario di 11 milioni, per il «salvataggio» dell'istituto. Undici milioni sul 2024 in attesa di una soluzione strutturale ma soldi che consentono intanto al Santa Lucia di andare avanti evitando la chiusura e affrontando la crisi finanziaria e scongiurando i licenziamenti. In quell'occasione, Rocca: «Lo stesso presidente Rocca, preoccupato per il rischio di licenziamenti e di non poter garantire ai malati le prestazioni fino a oggi erogate, ha ricordato l'incontro con il ministro Urso: «Lo stanziamento di 11 milioni rappresenta un segnale concreto per gli 800 lavoratori e per

tutte le persone che vengono assistite dalla struttura consentendo di pagare gli stipendi in questo momento di grave crisi». Ora l'emendamento Salvitti che potrebbe portare alla soluzione definitiva della querelle.

Fernando M. Magliaro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**L'AUTORE DELLA
PROPOSTA, IL SENATORE
SALVITTI (FDI): «NON
POTEVAMO FAR
CHIUDERE PER DEBITI
QUESTO PRESIDIO»**

