



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

26 Novembre 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

quotidianosanità.it

Antibiotico resistenza. Arnas Civico Di Cristina Benfratelli in prima linea per contrastarla

La resistenza agli antimicrobici è un problema urgente e globale che determina costi drammatici sia in termini di vite umane, che sul profilo economico a carico dei contesti organizzativi e sanitari e di tutto il sistema. Il Dg Walter Messina sottolinea la “necessità di un forte impegno di sensibilizzazione su queste tematiche ed una collaborazione sinergica di tutti: operatori sanitari, cittadini, istituzioni e organi di informazione”.



Il padiglione 1 dell'ARNAS Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo si illumina di blu in occasione della giornata conclusiva della Settimana Mondiale di sensibilizzazione sulla resistenza antimicrobica “(World AMR Awareness Week) 2024 - che si celebra tra il 18 e il 24 novembre - ed in linea con l'iniziativa “Go Blue for AMR” promossa dall'Organizzazione Mondiale Sanità, che invita ad usare il blu come colore dei propri profili social o per l'illuminazione di edifici e infrastrutture.

L'AMR (antimicrobico resistenza) è una minaccia per la salute pubblica a livello globale. La gestione delle infezioni ospedaliere (ICA) da germi multiresistenti oltre che un problema clinico, determina un poderoso rialzo per i costi gestionali delle degenza, costo dei farmaci e conseguenze medico-legali. I germi antibiotico resistenti cd. superbug sono batteri dotati di un patrimonio genetico in grado di renderli resistenti nello stesso momento a molte (talora persino tutte le classi di antibiotici attualmente esistenti). In Italia non



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

si arresta il trend del consumo smodato e inappropriato di antibiotici che favorisce il proliferare di batteri resistenti alle cure. Secondo le stime nel 2050 l'antibiotico-resistenza (AMR) rischia di diventare la prima causa di morte. In Europa si verificano ogni anno più di 670.000 infezioni da germi antibiotico-resistenti. Questi ultimi, secondo l'ultimo rapporto di sorveglianza dell'ECDC europeo, presentato lo scorso 18 novembre, in occasione della giornata europea per la lotta all'antibiotico resistenza, causano oltre 35 mila decessi, di cui quasi un terzo in Italia. I super batteri sono responsabili di un significativo assorbimento di risorse (sanitarie e non). È importante, quindi, che i cittadini comprendano i rischi connessi all'uso inappropriato di antibiotici e quanto possa essere controproducente una terapia fai-da-te. Gli antibiotici sono una delle più importanti scoperte per l'umanità, poiché hanno permesso di curare malattie gravi e letali (come la tubercolosi, le polmoniti pneumococciche, le infezioni delle ferite chirurgiche, etc.) e hanno contribuito a migliorare in modo significativo la salute della popolazione, la qualità della vita.

Ciò nondimeno, è proprio l'inappropriato consumo di antibiotici a selezionare microorganismi in grado di resistere a tali farmaci, ecco perché essi vanno utilizzati solo quando strettamente necessario e sempre sotto controllo medico, per prevenire il rischio di infezioni resistenti, ovvero favorire i cd. superbug (batteri multiresistenti) che sono più difficili da trattare. Il fenomeno dell'antibiotico-resistenza (ABR) è, infatti, determinato dal fatto che i microbi hanno la capacità di modificare il proprio corredo genetico per poter sopravvivere. Ciò significa che un determinato antibiotico, precedentemente efficace nei confronti di un batterio, può perdere nel tempo la capacità di uccidere quel microorganismo. Oggi, in Europa: 1/3 delle infezioni è causato da batteri resistenti agli antibiotici; il 75% delle infezioni da batteri resistenti agli antibiotici è rappresentato da infezioni correlate all'assistenza (ICA). L'ARNAS "Civico Di Cristina Benfratelli" di Palermo vuole così testimoniare il proprio contributo alla lotta all'AMR e ribadire l'importanza sull'uso consapevole degli antibiotici per la salute pubblica.

“La resistenza agli antimicrobici è un problema urgente e globale – afferma in una nota **Walter Messina** direttore generale dell'Arnas Civico Di Cristina Benfratelli di Palermo, che determina costi drammatici sia in termini di vite umane, che sul profilo economico a carico dei contesti organizzativi e sanitari e di tutto il sistema. Profili che se assommati ai risarcimenti inerenti i contenziosi per le responsabilità delle strutture sanitarie nel caso di mancata adozione, o attuazione di protocolli organizzativi di contrasto alle ICA, tema connesso all'AMR, rilevano la necessità di un forte impegno di sensibilizzazione su queste tematiche ed una collaborazione sinergica di tutti: operatori sanitari, cittadini, istituzioni e organi di informazione”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

“L’impegno dell’ARNAS Civico - spiega **Domenico Cipolla** direttore sanitario - per la lotta all’antibiotico-resistenza si concretizza in azioni quotidiane: dalla formazione continua del personale sanitario, peraltro tra le direttrici principali del Piano Nazionale di Contrasto all’Antibiotico-resistenza 2022-2025, all’adozione di protocolli per l’uso appropriato degli antibiotici ed il contrasto alle ICA (infezioni correlate all’assistenza), nonché per quelli dedicati alla gestione del rischio clinico in sanità (clinical risk management), ovvero l’insieme di varie azioni finalizzate al miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie ed a garantire la sicurezza dei pazienti”.

Chiara Iaria, direttore dell’Unità Operativa Complessa Malattie Infettive del P.O. Civico dichiara: “ Gli specialisti in Malattie Infettive, sono in prima linea nel fronteggiare l’aumento di infezioni resistenti agli antibiotici. È fondamentale continuare a investire nella ricerca, implementare terapie mirate e sensibilizzare i pazienti sull’importanza di seguire le prescrizioni mediche, evitando automedicazioni dannose”.

La prof.ssa Claudia Colomba, direttore dell’Unità Operativa Malattie Infettive Pediatriche sottolinea l’importanza di garantire cure appropriate anche nella popolazione pediatrica, evitando l’uso non necessario di antibiotici, oltre alla necessità di sensibilizzare le famiglie sul punto per costruire una cultura sanitaria responsabile. Le politiche di igiene pubblica evidenziano come il fenomeno dell’ABR (antibiotico resistenza) debba essere considerato dal punto di vista sia della salute umana, sia della salute e del benessere degli animali, nonché della sicurezza degli alimenti e della salubrità dell’ambiente, tutti aspetti strettamente interconnessi.

Già la Raccomandazione del Consiglio dell’Unione Europea (2023/C 220/01) sul potenziamento delle azioni dell’UE per combattere la resistenza antimicrobica indica la necessità di un approccio One Health, ovvero uno sforzo congiunto di più discipline professionali (medicina umana e veterinaria, settore agroalimentare, ambiente, ricerca e comunicazione, economia e altre) che operano, a livello locale, nazionale e globale, per raggiungere i tre obiettivi prioritari: prevenire e ridurre le infezioni, soprattutto quelle correlate all’assistenza sanitaria; promuovere e garantire un uso prudente degli antimicrobici; ridurre al minimo l’incidenza e la diffusione dell’antibiotico-resistenza e i rischi per la salute umana e animale ad essa correlati.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

L'anestesiologia, una disciplina in continua evoluzione

ROMA (ITALPRESS) – L'anestesia è una disciplina medica fondamentale per consentire l'esecuzione di interventi chirurgici, esami, terapie dolorose, garantendo al paziente comfort e sicurezza. Il ruolo dell'anestesista è cruciale non solo nel somministrare l'anestesia, ma anche per sorvegliare le funzioni vitali del paziente, e per gestire il dolore seguente all'intervento. L'anestesiologia è in continua evoluzione.

26 NOVEMBRE 2024



ROMA (ITALPRESS) - L'anestesia è una disciplina medica fondamentale per consentire l'esecuzione di interventi chirurgici, esami, terapie dolorose, garantendo al paziente comfort e sicurezza. Il ruolo dell'anestesista è cruciale non solo nel somministrare l'anestesia, ma anche per sorvegliare le funzioni vitali del paziente, e per gestire il dolore seguente all'intervento. L'anestesiologia è in continua evoluzione. Tra le ultime novità ci sono classi di farmaci che riducono il rischio di effetti collaterali e migliorano il recupero post operatorio. In fase di progressivo sviluppo anche le tecniche di anestesia locoregionale avanzata, che sotto la guida dell'ecografo agiscono su specifici centri nervosi, lasciando il paziente vigile e collaborativo. Lo ha detto Alessandra Mondovì, specialista in anestesia, rianimazione, ginecologia e ostetricia presso l'istituto clinico Humanitas di Rozzano, intervistata da Marco Klinger, per Medicina Top, format dell'agenzia di stampa Itaipress. "In ogni campo sono migliorate le tecniche



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

mediche: l'anestesia di adesso non è quella di anni fa, è molto cambiata - ha esordito - I farmaci vengono metabolizzati molto velocemente, e poi un tempo l'anestesia generale era l'unica alternativa possibile, ora ci sono quelle locoregionali, in cui vengono addormentate solo delle parti del corpo, per quei pazienti che hanno problematiche mediche varie che rendono l'anestesia generale meno idonea. Ci sono sedazioni più o meno profonde, con farmaci a dosaggi particolari che tolgono la coscienza e il dolore, ma mantengono il respiro spontaneo - ha aggiunto Mondovì - Abbiamo pazienti che nel pomeriggio vengono mandati a casa, prima ci volevano quei sette-dieci giorni di ricovero". Sulle attuali tecniche di anestesia: "L'obiettivo è non far provare dolore al paziente - ha ribadito - Nell'anestesia generale vengono utilizzati farmaci derivati della morfina che si somministrano durante l'intervento, altrimenti il paziente si sveglia e avrà un male tremendo. Possono essere anche posizionati dei cateteri per l'anestesia locale - ha sottolineato Mondovì - I pazienti normalmente si svegliano anche da interventi grossi e grazie a diverse tecniche anestesilogiche lo fanno tranquilli e senza aver provato dolore". Sempre più utilizzata è l'anestesia personalizzata: "Ogni paziente è diverso, ha il suo grado di ansia che va in qualche maniera controllato. A seconda dell'intervento, si può scegliere una tecnica piuttosto che l'altra, privilegiare uno o l'altro farmaco - ha puntualizzato - A volte basta fare due chiacchiere con il paziente per capire, perchè i pazienti vanno osservati e ascoltati, danno tante informazioni utili". "Ci sono quelli che io definisco i 'pazienti peggiori, non sono quelli con patologie associate alla base, non sono quelli più complicati insomma, ma quelli che hanno studiato su Google prima di essere giunti da te - ha raccontato - Chi studia su Google prima spesso è un paziente spaventato, e a volte basta una battuta, una chiacchiera che esuli dal contesto dell'intervento e si rilassano e va tutto bene". Infine, sull'importanza dell'anestesista nell'ambito di un'operazione chirurgica: "L'anestesista è a volte una figura in secondo piano rispetto al chirurgo, in realtà ha un ruolo importante in una sala operatoria, sia per il benessere del paziente che per l'esito dell'intervento chirurgico. Affinché vada tutto per il verso giusto, bisogna mantenere la calma ed evitare la confusione - ha concluso - Occorre lavorare di equipe, è importante che ci sia sintonia".

Salute 24

Il gap sanitario Ricoveri: 3 miliardi per la fuga al Nord

Marzio Bartoloni — a pag. 26

numeri sui cosiddetti "viaggi della speranza"

Ricoveri: la fuga al Nord costa 3 miliardi, più cure sotto casa

La mobilità. Anche nel 2023 i pazienti del Sud si sono spostati soprattutto in Emilia, Lombardia e Veneto. In manovra la misura per arginare il fenomeno: accordi tra Regioni sulle prestazioni a bassa complessità

Marzio Bartoloni

La fuga dei pazienti in cerca di cure soprattutto verso gli ospedali del Nord sfiora ormai i 3 miliardi e supera addirittura i livelli di prima del Covid. Le strutture sanitarie più ambite dai pazienti in arrivo soprattutto da Campania, Calabria, Sicilia e Puglia restano come già accaduto nel passato quelle di Emilia Romagna, Lombardia, Veneto e Toscana. Il fenomeno della cosiddetta mobilità sanitaria dei pazienti - che nel 2023 ha raggiunto secondo i primi dati dell'Agenas un valore di 2,87 miliardi (erano 2,84 miliardi nel 2019 poi crollati negli anni della pandemia a 2 miliardi) - viene infatti da lontano ed è legato alle differenze nell'offerta tra le Regioni che si trascinano da sempre. Ma oltre a quelli che una volta venivano chiamati "viaggi della speranza" - la ricerca cioè di cure spesso salva vita in ospedali di eccellenza di un'altra Regione - sono in crescita anche gli spostamenti dei pazienti per prestazioni meno complesse, magari facilmente ottenibili nell'ospedale più vicino a casa come l'operazione per un tunnel carpale o una protesi d'anca.

Ecco perché il ministero della Salute ha deciso di provare ad arginare questa mobilità non proprio necessaria se non addirittura "inappropriata" con una misura ad hoc: «Quello che si

è visto negli ultimi anni è che la mobilità ad alta complessità si è ridotta mentre è aumentata quella dei pazienti per prestazioni a bassa complessità, anche a fronte di una azione di alcune Regioni del centro Nord interessate ad attrarre pazienti da altre Regioni», avverte il direttore generale della Programmazione del ministero della Salute Americo Cicchetti. Da qui l'idea di intervenire con una norma nella manovra ora in Parlamento che obbliga le Regioni a «sottoscrivere accordi bilaterali - recita l'articolo 55 - per il governo della mobilità sanitaria interregionale e delle correlate risorse finanziarie, con tutte le altre regioni con le quali la mobilità sanitaria attiva o passiva assume dimensioni che determinano fenomeni distorsivi».

Nel mirino ci sono innanzitutto le Regioni citate prima e in particolare Emilia e Lombardia che rispettivamente hanno un saldo positivo di mobilità (cioè tra pazienti in entrata e quelli in uscita) che è rispettivamente di 388 milioni e 379 milioni di introiti solo per il 2023 mentre tra quelle che scontano la mobilità in uscita ci sono almeno quattro Regioni del Sud e cioè Campania (-210 milioni di costi da rimborsare), la Calabria (-190 milioni), la Sicilia (-138 milioni) e la Puglia (-127 milioni). La misura in manovra prevede che il ministero metta a punto un format di accordo entro febbra-

io del 2025 e che le regioni siglino questi accordi bilaterali entro il 30 aprile successivo: in particolare gli accordi dovranno servire a regolare sia la cosiddetta «mobilità apparente» (quella cioè tra Regioni confinanti) che soprattutto quella per prestazioni «a bassa complessità» in particolare per quelle Regioni che «registrano una mobilità passiva pari almeno al 20 per cento del fabbisogno sanitario standard annualmente assegnato».

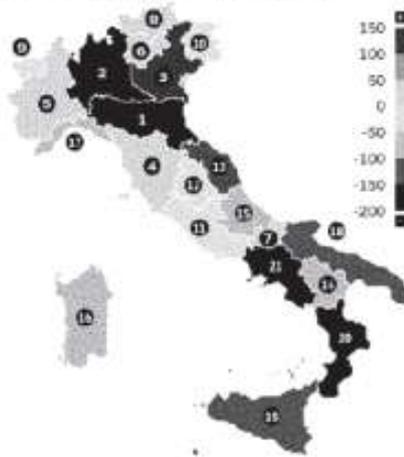
«Lo spirito della norma è garantire la libertà di scelta delle persone e cioè quella di curarsi dove vogliono generando però dei disincentivi se queste persone si muovono quando non c'è bisogno perché ospedali buoni sono ovunque», aggiunge ancora il Dg della programmazione del ministero. Ma quali saranno questi disincentivi? «L'idea è che gli accordi fissino dei palletti per disincentivare anche finanziariamente le cure a bassa complessità,



magari rimborsando al 50% il Drg. Faccio un esempio: la Lombardia si impegna con la Calabria a fare delle verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni rese ai cittadini calabresi e nel caso quei ricoveri non lo siano allora la Calabria non rimborserà o rimborserà di meno quelle prestazioni, se l'accordo lo prevede» conclude Cicchetti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I SALDI DELLA MOBILITÀ DEI PAZIENTI TRA LE REGIONI PER I RICOVERI
Saldo economico in milioni di euro

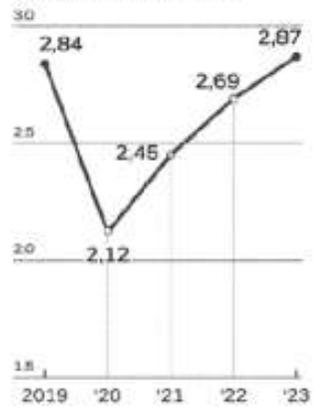


1 Emilia R.	399,89
2 Lombardia	379,54
3 Veneto	115,69
4 Toscana	27,36
5 Piemonte	23,66
6 P.A. Trento	5,72
7 Molise	3,32
8 P.A. Bolzano	-3,07
9 Valle d'Aosta	-9,18
10 Friuli V.G.	-14,04
11 Lazio	-14,88

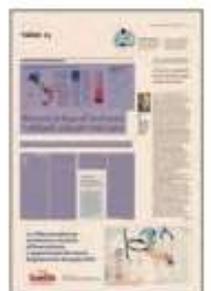
12 Umbria	-23,19
13 Marche	-30,10
14 Basilicata	-51,18
15 Abruzzo	-56,63
16 Sardegna	-56,61
17 Liguria	-73,19
18 Puglia	-127,35
19 Sicilia	-138,84
20 Calabria	-190,99
21 Campania	-210,14

IL TREND DELLA MOBILITÀ INTERREGIONALE DEI RICOVERI

Valori in miliardi di euro



Fonte: Ageras



La terza via per l'innovazione sanitaria

Accordi. Prendendo spunto dai modelli di collaborazione pubblico-privati applicati in Europa, Bcg elabora una nuova modalità per coniugare efficacia diagnostica, efficienza tecnologica e sostenibilità del Ssn, stimando un risparmio fino a 900 milioni di euro

Francesca Cerati

Più del 50% delle nostre apparecchiature diagnostiche ha più di 5 anni e circa il 30% supera i 10. E nonostante la "missione 6" del Pnrr abbia destinato 10,01 miliardi di euro per l'ammodernamento tecnologico e digitale degli ospedali, questa iniezione di capitale si è tradotta in un ricambio di alcune centinaia di macchinari solo nei primi mesi del 2024. Questo si colloca in uno scenario dove da un lato c'è un aumento della domanda di cure dovuto all'incremento della popolazione anziana (gli over 65 sono passati dal 19,2% al 24,0% in 20 anni) o affetta da patologie croniche (22 milioni di italiani, 8,8 dei quali in forma grave) e dall'altro da una sempre più rapida innovazione tecnologica. Per superare questo impasse e coniugare l'efficacia diagnostica, l'efficienza tecnologica e la sostenibilità economica nelle strutture ospedaliere, in Europa sono cresciute le collaborazioni pubblico-private. Nel 2023, il valore aggregato delle transazioni di queste collaborazioni nel mercato europeo è stato pari a 13,6 miliardi di euro su 38 progetti, con un aumento del 35% rispetto al 2022 (10,1 miliardi di euro).

Sostanzialmente sono due i modelli di riferimento, che si differenziano per grado di coinvolgimento del privato in termini di finanzia-

mento e condivisione del rischio: il Managed equipment service (Mes), un contratto di servizio a lungo ter-

mine per le tecnologie in cui il privato supporta l'azienda sanitaria pubblica nel rinnovamento tecnologico dei macchinari. In pratica, il privato prende in carico i macchinari a un costo simbolico e si occupa della manutenzione e dell'aggiornamento ricevendo un compenso tramite canone. Di fatto è un replacement senza iniezione di capitale a favore del pubblico. La seconda modalità, la Partnership pubblico-privata (Ppp), prevede invece un'iniezione di capitale da parte del privato che condivide il rischio di impresa insieme al pubblico, ma si applica per la costruzione di nuovi ospedali e non ha un obiettivo di innovazione tecnologica. Per sfruttare le potenzialità dei due modelli, superandone i limiti, Bcg ha elaborato una "terza via": un modello complementare denominato Innovation management partnership (Imp), che integra i finanziamenti privati iniziali a una gestione attiva del parco macchine. Questa formula permetterebbe di agire sull'efficienza e innovazione del parco macchine, fattore abilitante sia per un maggior accesso alle cure che per una maggiore accuratezza degli esiti clinici, mantenendo tuttavia la decisione sul tipo e volume delle prestazioni sanitarie erogate in mano alla direzione strategica dell'ospedale.

Ma quali sono i benefici economici? «Il nostro modello abiliterebbe sensibili efficienze di costo dovute a una gestione ottimizzata dei processi ospedalieri, con aumento dell'efficienza operativa e riduzione

dei costi di gestione delle apparecchiature - spiega Alessandra Catozzella, managing director e partner Bcg di Milano - Applicando questo modello alle 225 strutture sanitarie pubbliche (Asl e ospedali), le nostre analisi preliminari ci consentono di stimare un risparmio complessivo fino a 700-900 milioni di euro su un orizzonte di 10 anni, se confrontato con un caso base in cui le strutture pubbliche acquistano e gestiscono

autonomamente le apparecchiature». Un ulteriore risvolto positivo sarebbe legato all'ambito della gestione dei dati e cybersicurezza. Dice Catozzella: «L'aggiornamento costante delle tecnologie riduce le vulnerabilità legate a sistemi obsoleti, mentre la gestione centralizzata permette l'implementazione di protocolli avanzati di sicurezza».

«Questo tipo di accordi - conclude l'esperta - se basati su una gestione accurata, con pilastri contrattuali solidi e clausole di salvaguardia, consentono una collaborazione più efficiente ed efficace, beneficiando dell'intervento del capitale privato come abilitatore del cambiamento, senza per questo sostituirsi alla gestione pubblica di un bene tanto prezioso come la Sanità, che riteniamo debba rimanere accessibile a tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il modello Imp di Bcg integra i finanziamenti privati iniziali a una gestione attiva del parco macchine



OSPEDALIERA. Servizio "Osservatorio parco macchine (Op) a fine 2021 in euro. ST-1000 e apparecchiature di diagnostica per immagini obsolete, dato confermato anche da rilevazioni del 2023.



IL CAMBIO DELLA GUARDIA NEI GIALLI

Tutte le divisioni tra i pentastellati delle origini e la svolta sancita da Sky Vote

Cannabis libera ed eutanasia Il programma dei «Contini»

CHRISTIAN CAMPIGLI

••• Cannabis libera, denaro digitale ed eutanasia. Il Movimento Cinque Stelle, quell'insieme di improvvisati della politica, eterodiretti e guidati in ogni singola decisione da Beppe Grillo, non esiste più. Le consultazioni online svoltesi sabato non hanno solo escluso la figura del garante, ma hanno, de facto, disegnato un partito completamente nuovo rispetto alla creatura un pò naif voluta e pensata da GianRoberto Casaleggio. Partiamo dalla collocazione: i nuovi grillini non hanno più la velleità di rappresentare un modello nuovo e fuori dagli schemi, ma un'entità chiaramente progressista, non legata alla tradizione socialista ottocentesca e ben distinta dal Pd. Al tempo stesso le alleanze, che agli albori erano considerate il male assoluto (basti ricordarsi del surreale incontro, trasmesso in streaming, tra l'allora premier Matteo Renzi e la delegazione grillina), oggi sono considerate fondamentali per la sopravvivenza prima, per poter sperare di tornare al governo poi.

Un discorso del tutto simile a quello del doppio mandato: uno non vale più uno, ma la qualità delle persone, la loro esperienza sul campo deve essere difesa e valorizzata. Anche in questo caso non serve la lente di ingrandimento per capire un'autentica rivoluzione del partito oggi guidato da Giuseppe Conte, vero regista di questo ribaltone. Un partito di sinistra, che vuol strizzare l'occhio ai giovani (e anche a una serie di multinazionali statunitensi e canadesi) con la liberalizzazione della cannabis. Uno stratagemma utile anche per porsi in totale divergenza col centrodestra, storicamente contrario a qualsivoglia apertura sul tema delle droghe leggere. E che dire del superamento del contante: un tema volutamente identitario, in grado di spaccare il Paese tra chi è convinto che l'uso esclusivo delle carte di credito eliminerà l'evasione fiscale e il nero e chi ricorda come il contante sia una forma di libertà e di difesa della propria privacy. L'idea di fondo, che in un certo elettorato potrebbe funzionare, è quello di rappresenta-

re un'entità che vada ad integrare il Pd: ma che sia molto netta nei temi proposti, a costo di apparire come radicale. L'idea di voler tornare ad una sanità nazionale è un tentativo, piuttosto evidente, di strizzare l'occhio al principale bacino elettorale: il Meridione d'Italia, convinto che la riforma sull'Autonomia Differenziata penalizzerà il Sud e, in particolar modo, il comparto ospedaliero. Un partito lontano dai valori cattolici, che non ha paura di dichiararsi a favore di una legge perentoria sul fine vita, ma che cerca anche di scippare voti ad Avs sul tema più caro ad Ilaria Salis: il progressivo superamento dei carceri (almeno, per come li intendiamo oggi) e l'edificazione (indovinate un pò a spese di chi) di Case di Comunità per i detenuti. Il Movimento romantico, spesso improvvisato e un pò cacciarone non c'è più e per arginare le numerose debacle occorse alle elezioni comunali e regionali, gli iscritti hanno dato mandato di organizzare grup-

pi territoriali. Non serve essere un politologo per comprendere come, la somma di questi provvedimenti, incanala il Movimento 2.0 in un contesto più tradizionale. Una scelta che, come era prevedibile, non è affatto piaciuta a tutti. Ad iniziare dall'ex ministro delle Infrastrutture, Danilo Toninelli, che in un breve ma intenso video pubblicato sui social ha invitato gli iscritti a non abbandonare la nave. «Ci sarà un'azione legale in cui il legittimo proprietario del simbolo farà valere la propria posizione. Il sogno è stato calpestato, ma non è definitivamente morto».



Contestazione

I grillini della prima ora contestano Conte all'assemblea di Nova (LaPresse)



La terapia per l'Alzheimer è davvero una rivoluzione?

Origine della malattia Studi falsificati

Caterina Mazzolani

Nelle scorse settimane, il Comitato per i medicinali a uso umano (Chmp) dell'Emm ha cambiato idea rispetto al primo pronunciamento, e ha dato il via libera all'uso del lecanemab, l'anticorpo monoclonale diretto contro la proteina beta amiloide, da somministrare nelle forme molto precoci di Alzheimer, e solo a persone con uno specifico corredo genetico. Pochi giorni prima, il National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico, che decide le terapie da rimborsare in base all'efficacia, aveva assunto una posizione opposta su un anticorpo molto simile, il

donanemab, affermando che la sua scarsa attività non giustificava i costi elevati e i rischi per i pazienti.

Dal 2021, anno dell'approvazione del primo di questi anticorpi (aducanumab), a oggi, le decisioni di segno opposto hanno segnato tutto il percorso di terapie che, nelle intenzioni delle aziende, avrebbero dovuto rivoluzionare l'approccio all'Alzheimer. Le cose, però, non stanno andando affatto così, per motivi di diverso tipo, che Agnese Codignola ripercorre nel suo libro appena uscito per Bollati Boringhieri, intitolato Alzheimer Spa - Storie di errori e omissioni dietro la cura che non c'è. Gli anticorpi monoclonali sono stati realizzati seguendo un'idea semplice: poiché nell'Alzheimer si formano placche di beta amiloide, se si sciolgono quelle placche si elimina il problema. Probabilmente questa

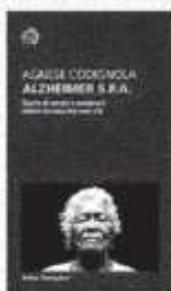
è sempre stata un'idea naif, troppo semplicistica per una malattia che, come il cancro, è multifattoriale e si sviluppa nell'arco di decenni. Inoltre, quando un cervello è pieno di placche, i danni sono tali da non essere recuperabili, infatti, anche quando gli anticorpi le sciolgono, l'effetto sulle prestazioni cognitive è a malapena visibile: da qui i dubbi delle agenzie regolatorie.

Ma c'è di più, perché l'iter che ha portato alle approvazioni è stato costellato, anche, da uno dei mali della ricerca contemporanea: le frodi scientifiche. Come racconta Codignola, all'origine del pensiero dominante ci sono stati studi falsificati, con dati e immagini contraffatte. Se ci fosse stata maggiore attenzione da parte di tutti, quei lavori non sarebbero mai stati pubblicati, e la ricerca sarebbe stata meno permeata dal pensiero del-

l'amiloide, e più libera. Oggi, aver in parte screditato quell'ipotesi ha lasciato spazio a idee alternative, che prima avevano incontrato difficoltà enormi. Tra quelle più interessanti avanzano le infezioni virali localizzate al cranio come quelle da herpes, i traumi, l'inquinamento, la dieta e il microbiota. E poi c'è la prevenzione: adottando il giusto stile di vita si potrebbe evitare un caso su due. A costo zero, con efficacia garantita e senza rischi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL LIBRO



ALZHEIMER S.P.A.
Storie di errori e omissioni
dietro la cura che non c'è,
di Agnese Codignola, edito
da Bollati Boringhieri



LE NOMINE NELLE ASL

Fdl, Forza Italia e Pd chi governa la sanità

Rocca conferma i suoi commissari. Intanto i partiti fanno la conta dei manager
Ci sono tutti (anche i dem all'opposizione) tranne la Lega, rimasta senza dirigenti

Due manager a Forza Italia, due al Pd e tutti gli altri a Fdl, con la Lega completamente fuori dalla partita. Appare questo lo schema che, a pochi giorni di distanza dai colloqui con cui la commissione regionale sceglierà i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio, consentirà di disegnare la nuova geografia del potere a Roma e nelle province. Nessuno scossone particolare. Secondo i rumors pochi posti in bilico e tante conferme. Ma comunque una rivoluzione per il territorio, considerando che con le nuove designazioni il governatore Francesco Rocca

non avrà più alibi: se non vi sarà un cambio di passo non potrà più sostenere che la colpa è di vertici che non sono stati indicati da lui. Aggiungendo che a completare il mosaico vi saranno i direttori sanitari e amministrativi, oltre alle altre figure dirigenziali, utili a far piantare qualche bandierina anche a chi sulle nomine principali non ha potuto avere voce in capitolo. Una squadra che avrà un primo grande banco di prova tra meno di un mese, con l'inizio del Giubileo, quando gli ospedali dovranno far fronte ai bisogni anche degli oltre 30 milioni di pellegrini che affluiranno nella Capitale. In

quasi due anni Rocca ha puntato tutto sui commissari. Tanto che attualmente delle 18 Asl, aziende ospedaliere e istituti di ricerca del Lazio ben 12 hanno un commissario. Ora si cambia.

di **Clemente Pistilli** a pagina 3

LE SCELTE DI ROCCA

Sanità, via alle nomine Nella mappa del potere c'è il Pd, esclusa la Lega

di **Clemente Pistilli**

Due manager a Forza Italia, due al Pd e tutti gli altri a Fdl, con la Lega completamente fuori dalla partita. Appare questo lo schema che, a pochi giorni di distanza dai colloqui con cui la commissione regionale sceglierà i nuovi direttori generali delle aziende sanitarie e ospedaliere del Lazio, consentirà di disegnare la nuova geografia del potere a Roma e nelle province. Nessuno scossone particolare. Secondo i rumors po-

chi posti in bilico e tante conferme. Ma comunque una rivoluzione per il territorio, considerando che con le nuove designazioni il governatore Francesco Rocca non avrà più alibi: se non vi sarà un cambio di passo non potrà più sostenere che la colpa è di vertici che non sono stati indicati da lui. Aggiungendo che a completare il mosaico vi saranno i direttori sanitari e amministrativi, oltre alle altre figure dirigenziali, utili a far

piantare qualche bandierina anche a chi sulle nomine principali non ha potuto avere voce in capitolo. Una squadra che avrà un primo grande banco di prova tra meno di un mese, con l'inizio del Giubileo, quando gli



ospedali dovranno far fronte ai bisogni anche degli oltre 30 milioni di pellegrini che affluiranno nella Capitale.

In quasi due anni Rocca ha puntato tutto sui commissari. Tanto che attualmente delle 18 Asl, aziende ospedaliere e istituti di ricerca del Lazio ben 12 hanno un commissario anziché un direttore generale. Figure facili da nominare e ancor più facili da rimuovere. «Tenete pronti i trolley», assicurano di essersi sentiti ripetere in questi mesi diversi manager. Tenere tutti sulla corda non sembra però aver prodotto sinora risultati significativi nella malandata sanità del Lazio, che intanto continua ad assorbire il 70% circa del bilancio regionale, 12 miliardi su 18. Al punto che misure straordinarie, come l'acquisto di posti letto da privati di cui hanno beneficiato in particolare le cliniche del deputato leghista Antonio Angelucci, sono diventate sostanzialmente strutturali, con il nuovo piano sanitario in cui è previsto, per far respirare il pronto soccorso e snellire le liste d'attesa, l'investimento di circa due miliardi l'anno da destinare alle strutture convenzionate. Alla fine è giunta l'ora di chiudere definitivamente la stagione di Nicola Zingaretti e del Pd e di nominare dei direttori generali aprendo a tutti gli effetti la stagione

delle destre.

Ecco dunque che a Forza Italia dovrebbero andare l'Asl Roma 3 e la Roma 4. Nella prima però, stando sempre alle ipotesi che circolano a destra, confermando l'attuale direttore generale Francesca Milito, scelta dai dem ma che va bene anche agli azzurri, mentre nella seconda dovrebbe andare sempre una manager sul cui nome viene mantenuto uno stretto riserbo. Autorevoli fonti del centrodestra assicurano che l'intesa è stata trovata con un confronto diretto tra un esponente di Fratelli d'Italia, uno di FI e uno del Partito democratico. Ecco così che ai dem resterebbero l'Asl Roma 5, con Silvia Cavalli, e l'Ares Il8 con Narciso Mostarda. Alla Roma 1 verrebbe confermato come direttore generale l'attuale commissario Giuseppe Quintavalle, che aspirerebbe però a breve a una direzione del Ministero, alla Roma 2 il commissario Francesco Amato, vicinissimo al direttore della Direzione salute, Andrea Urbani, e alla Roma 6, anche se a lungo ritenuto in bilico, Francesco Marchitelli, sostanzialmente tutti in quota FdI. Fratelli d'Italia, e nel pontino insieme ai centristi, otterrebbe poi la nomina a direttori degli attuali commissari di Rieti, Mauro Maccari, Viterbo, Egisto Bianconi, e Latina, Sabrina Cenciarelli. La partita è ancora aperta

su Frosinone. In molti a destra non vogliono la nomina a direttore della commissaria Sabrina Pulvirenti, vicina però alla presidente della commissione sanità Alessia Savo, e c'è chi parla di un suo trasferimento all'Ares e dell'arrivo a Frosinone di Mostarda.

Resta saldo alla guida dell'Umberto I il manager Fabrizio d'Alba e dovrebbe essere confermato senza problemi al San Camillo il manager Angelo Aliquò. Rocca sembra non volesse nominare al Ptv direttore la commissaria Isabella Mastrobuono, blindata però dal Ministero della salute, mentre al Sant'Andrea avrebbe deciso di confermare la manager Daniela Donetti, scelta dai dem ma a cui lo stesso governatore è legato da lunga data. Blindata al San Giovanni la manager Maria Paola Corradi, vicinissima all'assessore e uomo forte di FdI, Giancarlo Righini, e verso la conferma agli Ifo il commissario Livio De Angelis. Realmente in forse sarebbe invece soltanto la commissaria dello Spallanzani, Cristina Martranga. Una divisione del potere in cui sono rientrate anche le conferme a LazioDisco di Simone Foglio e di Antonio Mallamo all'Astral, questa volta su indicazione di FI.

***Nella Capitale
e nelle province
sui vertici delle Asl
Fdi pigliatutto
Spazio a FI e dem***

***Finita la stagione
del "tenete
i trolley pronti"
Restano pochissimi
i nomi in bilico***



I manager

d'Alba
Irremovibile alla guida dell'Umberto I, con rapporti bipartisan



Milito
Scelta da Zingaretti alla Roma 3 e verso la conferma in quota FI



Quintavalle
Un passato a destra, scelto dalla sinistra e ora verso l'ok da Rocca alla I



Mastrobuono
Blindata al Ptv dal Ministero nonostante le perplessità della Regione



Corradi
Alla guida del San Giovanni, vicinissima all'assessore di FdI Righini



Cavalli
Al timone della Roma 5 in quota Pd ma ritenuta brava anche dalle destre

