



RASSEGNA STAMPA

16 gennaio 2023



Associazione Coordinamento Ospedalità Privata

Via Cavour, 305

00184 Roma

Tel. 06/42016234

Mail: info@acopnazionale.it

Sommario Rassegna Stampa

Pagina	Testata	Data	Titolo	Pag.
Rubrica Ospedalita' privata, Cliniche, Case di cura				
	cronacaqui.it	16/01/2023	<i>I primi 500 pazienti nelle Rsa per "alleggerire" gli ospedali</i>	2
Rubrica Sanita'				
1	Corriere della Sera	16/01/2023	<i>Medici a gettone i numeri choc (M.Gabanelli)</i>	4
24	Corriere della Sera	14/01/2023	<i>La tecnologia e l'obiettivo di diagnosi sempre piu' tempestive (S.Harari)</i>	9
35	Corriere della Sera	14/01/2023	<i>Giuliani fa shopping e rileva i prodotti per la pelle di Valetudo (A.Rinaldi)</i>	10
1+7	La Stampa	16/01/2023	<i>Scontro sull'autonomia. La riforma puo' sfasciare il sistema sanitario (N.Carratelli)</i>	11
9	La Stampa	15/01/2023	<i>Allarme per gli anziani abbandonati negli ospedali (P.Russo)</i>	14
9	La Stampa	15/01/2023	<i>Le Regioni lanciano l'allarme. "Sanita' a rischio bancarotta" (P.Russo)</i>	15
11	La Stampa	14/01/2023	<i>Int. a S.Garattini: "La soluzione e' usare i generici. Una legge obblighi a prescriverli" (F.Femia)</i>	17
24	La Stampa	14/01/2023	<i>Farmaceutica, Giuliani acquisisce il portafoglio di prodotti Biogena da Valetudo</i>	19
1+10/1	La Stampa	14/01/2023	<i>Crisi dei farmaci come difendersi "Usate i generici" (P.Russo)</i>	20
1+6	Il Giornale	16/01/2023	<i>Int. a F.Rocca: "Volontariato irriso se non e' di sinistra" (F.Curridori)</i>	23
10	Il Giornale	15/01/2023	<i>Profondo rosso Lazio. I disastri targati Pd fra sanita' e trasporti (A.Aldrighetti)</i>	25
11	Il Giornale	15/01/2023	<i>Ospedali come rifugi per un milione di anziani soli (M.Sorbi)</i>	27
1+11	Il Giornale	15/01/2023	<i>Int. a G.Bignami: Speranza menti' sul Covid. Ora la verita'" (A.Indini)</i>	29
13	Libero Quotidiano	16/01/2023	<i>I numeri "farlocchi" della Cina</i>	31
14	Il Fatto Quotidiano	15/01/2023	<i>Regioni all'attacco: "Senza soldi sanita' a rischio"</i>	32
8/9	La Verita'	16/01/2023	<i>Quando la SCIENZA TAROCCA i dati (M.Loy)</i>	33
8/9	La Verita'	16/01/2023	<i>Uno statistico prende in castagna Brusafarro</i>	35
9	La Verita'	16/01/2023	<i>Int. a J.Ioannidis: "Nessuna evidenza che i lockdown funzionino davvero" (M.Loy)</i>	36
1+6	La Verita'	16/01/2023	<i>Piu' restrizioni, piu' vaccini, piu' morti piu' restrizioni, piu' vaccini, piu' morti (M.Lorenzi)</i>	38
10	La Verita'	15/01/2023	<i>Le Regioni a Roma: "Cosi' la sanita' rischia il crac"</i>	41
3	La Verita'	14/01/2023	<i>IL REPORT AIFA Flop degli antivirali Le prescrizioni sono in picchiata</i>	42
9	Avvenire	14/01/2023	<i>"Farmaci mancanti, ci sono alternative" (V.Salinaro)</i>	43
1+8	Il Mattino	16/01/2023	<i>Int. a O.Schillaci: Napoli, agenti negli ospedali piu' a rischio (P.Piovani)</i>	44
18	QN- Giorno/Carlino/Nazione	15/01/2023	<i>Parcheggiati in ospedale Anziani soli, ricoveri infiniti (A.Pieri)</i>	46

IL FATTO Partito il piano straordinario della Regione con una "task force" al Dirmei

I primi 500 pazienti nelle Rsa per "alleggerire" gli ospedali

I primi 500 posti letto su mille disponibili presso cliniche di continuità assistenziale, private e pubbliche e nelle residenze sanitarie, sono già stati occupati. In appena due giorni dall'avvio del piano straordinario per alleviare il carico di lavoro in pronto soccorso e negli ospedali, su cui insistono circa 3.800 accessi giornalieri con almeno 400 pazienti costretti in barella in attesa di ricovero. Un'emergenza che continua in progressiva crescita dallo scorso autunno, senza soluzione di continuità e ha richiesto l'istituzione di una vera e propria "task force" presso il Dirmei. Un po' sul modello del Covid.

Modello Covid

Sfruttando, ad esempio, quella piattaforma che la Regione aveva per monitorare le strutture residenziali, «implementata con una nuova sezione che consente alle Rsa di caricare quotidianamente i posti liberi a disposizione del sistema sociosanitario per supportare le dimissioni ospedaliere e aiutare a decongestionare il pronto soccorso» come spiegano dal Dirmei. «È un primo passo, ma a livello gestionale rappresenta un cambiamento radicale - sottolinea il commissario

dell'Azienda Zero, Carlo Picco -.

Questo monitoraggio centralizzato è visibile in chiaro a tutti gli operatori del territorio, che in modo semplice e immediato possono, da oggi, avere evidenza dei posti disponibili in Rsa e Centri di continuità assistenziale. Posti dove poter inserire pazienti che non necessitano più cure ospedaliere ad alta intensità e che possono quindi essere dimessi, lasciando così spazio ad altri pazienti che in pronto soccorso sono in attesa di ricovero».

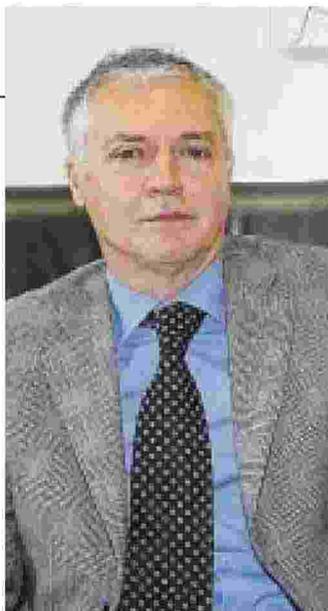
La media degli accessi in pronto soccorso a confronto delle attese per un posto letto in reparto comincia a mostrare qualche primo segnale in positivo. Almeno, una stabilizzazione rispetto alla settimana passata. «Un monitoraggio come questo fino ad oggi non era mai stato realizzato, non è evidentemente risolutivo ma può rappresentare un supporto molto importante soprattutto nell'immediato - aggiunge Picco -. Abbiamo chiesto alle strutture residenziali di caricare giorno per giorno i posti che si rendono disponibili e agli operatori delle Asl di sfruttarli al massimo, per alleggerire il carico nei pronto soccorso».

Gestione centralizzata

A Torino, inoltre, si sta sperimentando una "centralizzazione" delle informazioni riguardo dimissioni e ricoveri. «Siamo partiti con un livello di coordinamento ancora maggiore, perché stiamo sperimentando una gestione completamente centralizzata dei flussi delle dimissioni e degli inserimenti in struttura attraverso una cabina di regia in pancia al Dirmei, come è stato fatto nel periodo Covid per la gestione dei posti di terapia intensiva e dei posti letto ordinari». Un metodo che si è dimostrato molto utile per gestire i flussi dei pazienti in un momento di grande congestione del sistema a causa della pandemia. «Oggi replichiamo il metodo, sperimentandolo sul pronto soccorso. Il sistema ci permetterà di individuare in tempo reale le maggiori criticità e di ottimizzare le disponibilità di posti letto». Dalla prossima settimana ai posti letto di Rsa e Cava si aggiungeranno anche quelli delle strutture di lungodegenza. Inoltre, al fine di facilitare le dimissioni nei fine settimana e agevolare le strutture riceventi il Dirmei ha costituito una "task force" medica dedicata che faciliterà la presa in carico dei pazienti presso le strutture residenziali anche di sabato e domenica.

[EN.ROM.]





Carlo Picco



Sono 3.800 in media gli accessi giornalieri di pazienti nei pronto soccorso del Piemonte

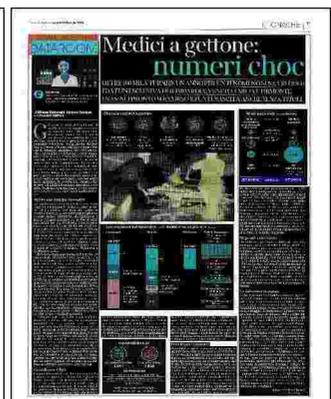


Medici a gettone i numeri choc

di **Milena Gabanelli**
Simona Ravizza
e **Giovanni Viafora**

Quanti sono veramente i medici pagati a gettone? Oltre 100 mila turni in un anno e senza nessuna regola. In Lombardia 45 mila, in Veneto 42 mila e in Piemonte 14 mila. E nei pronto soccorso ci sono «anche irregolari».

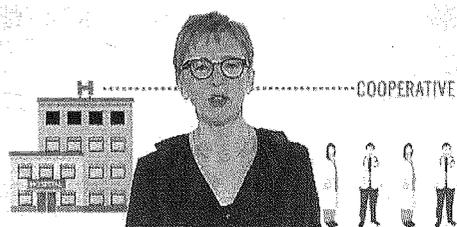
a pagina 17



Medici a gettone: numeri choc

OLTRE 100 MILA TURNI IN UN ANNO PER UN FENOMENO SENZA REGOLE
I DATI IN ESCLUSIVA DI LOMBARDIA, VENETO, EMILIA E PIEMONTE
INAS: NEI PRONTO SOCCORSO E PUNTI NASCITA ANCHE SENZA TITOLI

DATAROOM



Corriere.it

Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism

di **Milena Gabanelli, Simona Ravizza**
e **Giovanni Viafora**

Gli errori commessi in vent'anni di politica sanitaria sono oggi la causa di un fenomeno che, senza contromisure immediate, rischia di paralizzare il servizio sanitario nazionale: la mancanza di specialisti e la conseguente diffusione, senza regole, dei medici a gettone. Gli ospedali per coprire i buchi di organico appaltano alle cooperative, che i medici invece li hanno perché ingaggiano neolaureati, pensionati, liberi professionisti e chi ha lasciato il servizio sanitario perché stremato e sottopagato. I gettonisti sono pagati per i turni che svolgono, di solito 12 ore la notte, nei fine settimana e nei festivi. *Dataroom* è in grado di quantificarne per la prima volta le dimensioni nelle principali regioni del Nord Italia: solo nel 2022 i turni appaltati in Lombardia, Veneto, Piemonte ed Emilia-Romagna superano i 100 mila. Vediamo cosa nasconde questo numero e perché è stata superata la soglia d'allarme.

Dai Ps alle Terapie intensive

In Lombardia, secondo i dati forniti dalla Regione, i turni gestiti dalle cooperative sono oltre 45 mila, così ripartiti: 14.682 in Pronto soccorso, 9.960 coinvolgono gli anestesisti da fare entrare in sala operatoria e per le Terapie intensive, e 20.515 in altre specialità, tra cui Pediatria, Ginecologia-Ostetricia, Cardiologia, Psichiatria, Radiologia e Ortopedia. Il Fatebenefratelli di Milano con il suo Pronto soccorso di centro-città ha appaltato 703 turni; il Ps di Lecco con i presidi di Merate e Bellano 4.674; quello di Varese con i presidi di Tradate, Cittiglio, Luino e Angera 1.800 e quello della Valtellina con i presidi di Sondrio, Sondalo, Chiavenna e Morbegno 1.080.

In Veneto mancano 124 medici per i Ps, 75 anestesisti, 28 ginecologi e 20 pediatri, la conseguenza si traduce (sempre secondo i dati forniti dalla Regione) in 42.061 turni appaltati, di cui 15.490 in accettazione e Pronto soccorso, 9.990 per gli anestesisti delle sale operatorie e per le Terapie intensive, 3.729 in Ostetricia e Ginecologia e 2.604 in Pediatria. In Piemonte i dati del 2022 riguardano solo il Pronto soccorso, e sono 14.400. Il calcolo è della Società italiana di Medicina di Emergenza-Urgenza (Simeu), perché i numeri ufficiali della Regione sulle prestazioni esternalizzate al momento sono aggiornati al 2021, ed erano i seguenti: quasi 25 mila turni di cui il 31% in accettazione e Ps, 20% in Ginecologia e un altro 20% in Pediatria, 12% in Anestesia e Rianimazione, e complessivamente il 17% tra Medicina interna, Ortopedia e Radiodiagnostica.

Nella più virtuosa Emilia-Romagna il fenomeno è meno diffuso, ma comunque presente. Secondo i numeri forniti dall'assessore alla Sanità Raffaele Donini, 225 i turni appaltati al Ps di Ferrara negli scorsi mesi, mentre sono tuttora appaltati: 8 notti al mese al punto di Primo presidio di Santa Sofia (Forlì-Cesena); 60 turni mensili che da gennaio 2023 diventeranno 76 al Pronto soccorso di Carpi e Mirandola (Modena); 36 ai punti nascita di Mirandola; e dal 9 dicembre 30 turni mensili più 10 pronte disponibili all'Ostetricia e Ginecologia di Carpi.

Sempre a Carpi e Mirandola a gennaio è partito un nuovo appalto di un anno da 3,2 milioni per Pronto soccorso e Ginecologia.

Cosa dicono i dati

Da questa fotografia inedita emerge che alla carenza di medici per i turni d'emergenza in Pronto soccorso, in Ostetricia e in Pediatria si affianca una mancanza di medici che si sta estendendo anche alle altre specialità. È la riprova dei danni fatti negli anni dal blocco del turnover, i continui tagli alla sanità e da una programmazione sbagliata sul numero di medici da formare. Ma non finisce qui. Tra gli ospedali in difficoltà per i buchi di organico spesso ci sono i più piccoli, scarsamente attrattivi per i medici e con pochi pazienti. Nel 2015 il decreto ministeriale 70 voluto dall'allora ministro della Salute Beatrice Lorenzin prevede che i reparti che non hanno un'attività minima devono essere riconvertiti in ambulatori di prima assistenza o chiusi, anche e soprattutto per ragioni di sicurezza: quando si fanno pochi interventi manca l'assistenza in caso di complicazioni. In realtà quel provvedimento rimane in larga parte lettera morta.

I rischi per i pazienti

Il problema oggi è la scarsità di garanzia di qualità delle cure ai pazienti poiché l'utilizzo dei medici a gettone non segue nessuna regola. La competenza e la lucidità dei turnisti dipendono solo ed esclusivamente dal livello di serietà delle cooperative che li selezionano e che vincono appalti: spesso l'unico requisito richiesto è il «minor prezzo». La conferma del rischio di inadeguatezza del servizio offerto arriva da un'indagine dei Nas che dalla metà di novembre ai primi di dicembre ha svolto verifiche a campione su 1.525 medici delle cooperative in tutta Italia. Risultato: sono stati trovati dottori arruolati in ostetricia senza nessuna formazione per fare i parti cesarei, altri in Ps senza avere competenze in Medicina d'urgenza, ultra 70enni, o già dipendenti di altri ospedali che facevano di nascosto i doppi turni per la cooperativa. Mentre otto sono state le denunce per frode nelle pubbliche forniture. E in assenza di regole è anche difficile eseguire controlli: com'è possibile, per esempio, scovare il medico che dopo avere smontato il turno di 12 ore in un ospedale, senza osservare le ore di riposo, va a lavorare

in un altro per accumulare gettoni, ossia soldi? Inoltre, tra i medici a gettone ci sono neolaureati in Medicina senza esperienza che si trovano a eseguire diagnosi.

Stipendi a confronto

Un medico ospedaliero assunto da più di 15 anni guadagna 52 euro lordi all'ora, per 6 ore e 20 minuti al giorno da contratto (che però vengono sempre superate) per 267 giorni l'anno. Il calcolo tiene conto di un giorno di riposo settimanale, 36 di ferie e 10 di festività. In totale il salario annuo lordo è poco più di 85 mila euro. Gli stessi soldi un medico a gettone li guadagna facendo 84 turni da 12 ore, poiché la paga oraria minima in Ps e in Anestesia è di 87 euro lordi. Certo, a suo carico il gettonista ha ferie e malattia, ma c'è chi arriva a cumulare anche 20 turni al mese con uno stipendio che cresce esponenzialmente.

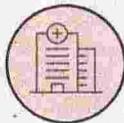
Le soluzioni-tampone

Il governo non è ancora intervenuto per regolare il fenomeno, così le Regioni cercano soluzioni in proprio aumentando la paga oraria: da 60 a 100 euro ai medici ospedalieri disponibili a turni extra. Il Veneto lo fa dallo scorso maggio, il Piemonte e l'Emilia-Romagna con la legge di Bilancio dello scorso dicembre. Quest'ultima permette anche agli ospedali di contrattualizzare direttamente liberi professionisti in aggiunta ai dipendenti. Mentre da fine settembre la Lombardia promuove accordi tra ospedali pubblici dove chi ha medici disponibili li manda a fare turni extra dove c'è bisogno sempre a 100 euro l'ora. Così le Regioni puntano a ridurre il ricorso alle cooperative, anche perché trattandosi di somministrazione di pura manodopera, si potrebbe configurare una violazione del Codice civile. È evidente che queste soluzioni tampone non possono protrarsi nel tempo perché gravano su un personale sanitario già sfiancato da oltre due anni di pandemia. Il tema è sempre lo stesso: una programmazione sanitaria in grado di formare i medici di cui c'è bisogno, e poi pagarli il dovuto per non farli scappare. Ebbene, ancora una volta dalla legge di Bilancio non arriveranno investimenti. Paradossalmente si è discusso di più dell'abbattimento dei cinghiali.

dataroom@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I controlli dei Nas



strutture controllate
1.934



medici controllati
1.525

GLI IRREGOLARI

medici generici impiegati come ginecologi
medici non specializzati in Medicina d'urgenza
sopra i 70 anni

medico dipendente in altri ospedali
che lavorava anche per cooperative

Buste paga lorde a confronto

Medico ospedaliero assunto da più di 15 anni

52

6 h e 20 min.



322

267 giorni

(Valori medi)

Tariffa oraria minima in euro

Durata turno giornaliero

Euro a turno

Turni lavorativi

Medico a gettone

87

12 h



1.044

84 turni l'anno
(a libera scelta di ciascuno)

85.000 €

STIPENDIO

87.696 €

Chi sono i medici a gettone



Neolaureati
in attesa di entrare nelle Scuole di specializzazione



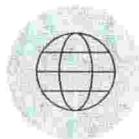
Medici ospedalieri andati in **pensione** a 62-63 anni



Liberi professionisti con doppio lavoro



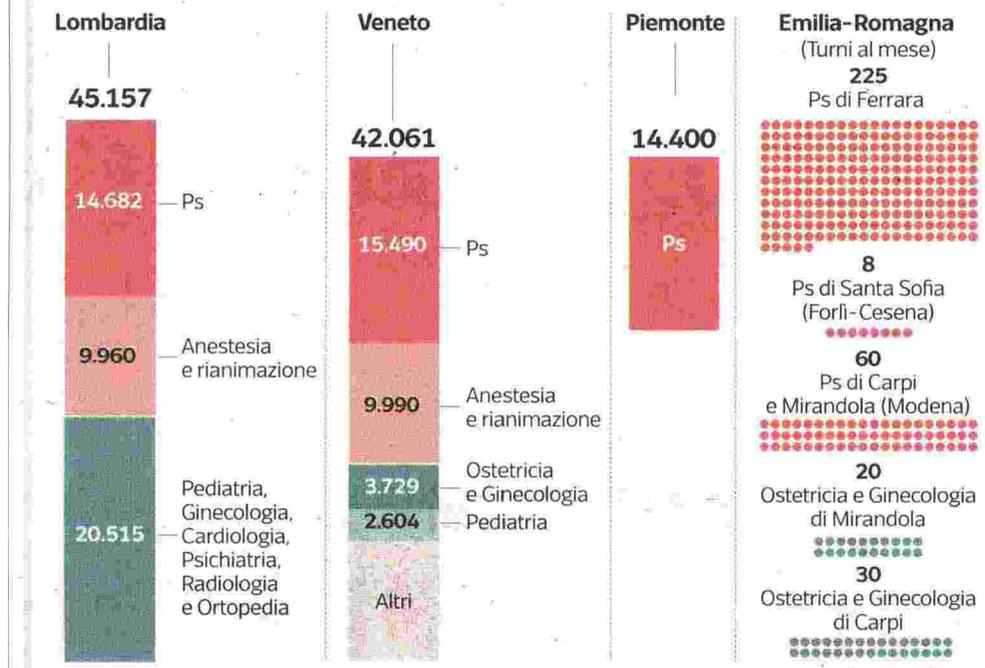
Medici che si sono **licenziati dagli ospedali** pubblici



Medici stranieri non ammessi ai concorsi pubblici che escludono chi non ha la cittadinanza



Le dimensioni del fenomeno Turni appaltati a medici a gettone nel 2022



 Il commento

La tecnologia e l'obiettivo di diagnosi sempre più tempestive

di Sergio Harari

Predire il futuro è davvero possibile? A leggere l'articolo appena pubblicato sul *Journal of Clinical Oncology* da ricercatori delle più prestigiose università americane sembrerebbe proprio di sì. La Tac torace a basso dosaggio per lo screening del tumore polmonare nei soggetti forti fumatori è stata oggetto di numerosissimi studi, molti tra i più rilevanti italiani, che hanno documentato la sua importanza nella diagnosi precoce di questa malattia e nel ridurre la mortalità. Sappiamo peraltro quanto sia determinante, in genere in oncologia ma ancor più per il tumore polmonare, una diagnosi più precoce possibile e quanto il tempo giochi un ruolo decisivo. I ricercatori americani hanno messo assieme competenze mediche, informatiche e ingegneristiche

e hanno analizzato migliaia di Tac di pazienti già reclutati in precedenza nei programmi di screening dei quali si conosceva quindi la successiva storia clinica. Integrando un avanzato sistema di deep learning con un network neurale in 3D (chiamato Sybil, un nome che sembra una garanzia), sono riusciti a predire con un'alta affidabilità lo sviluppo di nuove neoplasie polmonari fino a sei anni di distanza. Se questo dato verrà ulteriormente validato, potrà avere ripercussioni molto importanti; potrebbe infatti permettere di ottimizzare le tempistiche con le quali effettuare le Tac di controllo nei soggetti sottoposti a sorveglianza, basandosi sul risultato della prima indagine. In pratica potremmo arrivare al punto di fare una Tac a un forte fumatore e dirgli: «guardi, al momento non si rilevano tumori ma sarebbe meglio ripetere l'esame fra 6 anni per essere certi che una lesione oncologica non si sviluppi, in quel caso potremmo comunque intervenire tempestivamente». Non solo, ma

riducendo il numero di controlli da fare sul singolo soggetto, questo consentirebbe di allargare di molto la platea a cui rivolgere lo screening del tumore polmonare. Il trial americano è stato preceduto da altre ricerche che hanno esplorato la stessa area di indagine, per esempio integrando la Tac con l'analisi dei MiRna (frammenti di Rna circolanti valutati con un semplice prelievo del sangue), come pubblicato recentemente da Pastorino e colleghi dell'Istituto dei Tumori di Milano. Ricordiamo, infine, che è in corso nel nostro Paese uno studio multicentrico finanziato dal ministero della Salute per validare in modo definitivo l'utilità dello screening attraverso la Tac a basso dosaggio nei forti fumatori, che, se sarà positivo, porterà alla sua introduzione nei Lea con i relativi rimborsi. A venti anni dal varo della legge Sirchia, resta però vero che la migliore prevenzione è non fumare!

sergio@sergioharari.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MADE IN ITALY

L'azienda ha inventato l'omonimo Amaro

Giuliani fa shopping e rileva i prodotti per la pelle di Valetudo

Diventare la prima realtà nell'area dermatologica nel settore farmaceutico per Giuliani è sempre più una questione di pelle: da ieri infatti è anche proprietaria della linea di prodotti skincare Biogena, acquisita dalla bergamasca Valetudo, che cede sì il brand, ma continuerà a realizzare e fornire le sue creme per la cura della pelle all'azienda farmaceutica nata nel 1889 alle porte di Milano e inventrice del Bioscalin.

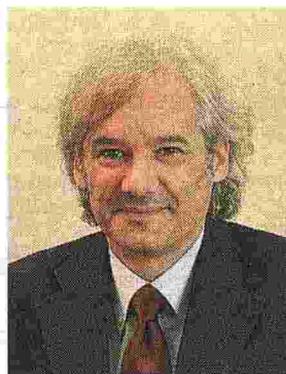
«L'acquisizione della linea Biogena rientra nella nostra strategia di sviluppo, che fa perno sia sulla crescita organica dei nostri marchi leader, sia sull'acquisizione di asset strategici esterni che concorrono a rafforzare la presenza e la rilevanza del gruppo presso i farmacisti, la classe medica e i consumatori — osserva Gaetano Colabucci, direttore generale di Giuliani —. Proprio in quest'ottica, meno di due anni fa abbiamo realizzato l'acquisizione di Nathura, azienda attiva nel settore nutraceutico».

Biogena, capace di generare ricavi per 15 milioni di euro, andrà ad affiancarsi agli altri prodotti dermatologici di Giuliani: la sua caratteristica è un portafoglio destinato al segmento dell'informazione medica e alla vendita in farmacia, in particolare prodotti terapeutici per la pelle, trattamenti

15

milioni

Il giro d'affari generato dai prodotti Biogena



Manager

Gaetano Colabucci, direttore generale della milanese Giuliani

per i capelli, detergenti, deodoranti e solari. «L'integrazione tra l'esperienza scientifica di Biogena con la ricerca avanzata del reparto Innovation di Giuliani porteranno ad una conoscenza ancora più avanzata della barriera cutanea in ambito dermatologico», aggiunge Fabio Rinaldi, responsabile in-

novazione e informazione medico-scientifica di Giuliani, oggi proprietaria di quasi 400 brevetti e con un giro d'affari di 120 milioni di euro.

Lo shopping di inizio anno va ad aggiungersi a quello più recente del 2020 che ha portato nell'orbita di Giuliani la reggiana Nathura, da oltre 25 anni specializzata nel settore nu-

traceutico (15 milioni di fatturato): due operazioni parte di una strategia volta a rafforzarsi in farmacia e ad ampliare gli articoli «medical», a più spiccata vocazione prescrittiva.

Giuliani è stata assistita da PwC in qualità di financial advisor mentre Valetudo è stata assistita da Cdr Tax & Legal e da Tremonti Romagnoli Piccardi e Associati.

Andrea Rinaldi

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL CASO

Scontro sull'autonomia la riforma può sfasciare il sistema sanitario

NICCOLÒ CARRATELLI



Per Matteo Salvini l'autonomia differenziata «sarà realtà entro il 2023». Rilancia la riforma presentata da Roberto Calderoli e non fa certo un regalo di compleanno a Giorgia Meloni. Giusto sabato la premier si è lamentata di chi prova a mettere i «bastoni tra le ruote» al governo, «non solo dall'opposizione». L'autonomia, più che un bastone, è un tronco massiccio. - PAGINA 7



Autonomia sanità a rischio

Salvini corre: «Sarà realtà entro il 2023». Meloni infastidita, perplessità anche in Forza Italia
le opposizioni vogliono scuole e ospedali fuori dalla riforma. Cuperlo: «Faremo barricate»

IL CASO

NICCOLÒ CARRATELLI
ROMA

Togliere la sanità (e la scuola) dal tavolo dell'autonomia differenziata. Lo chiedono con insistenza dal Pd, fino a dirsi «pronti alla barricata». Ma lo pensano anche in Forza Italia, come ripetono diversi presidenti di Regione del Sud, preoccupati di «dividere l'Italia». È uno dei nodi principali della riforma proposta dal ministro Roberto Calderoli e rilanciata ieri da Matteo Salvini, convinto che «sarà realtà entro il 2023». Così facendo, il vicepremier e leader della Lega non fa proprio un regalo di compleanno a Giorgia Meloni. Solo sabato, infatti, la premier si è lamentata di chi prova a mettere i «bastoni tra le ruote» al suo governo, «non solo dall'opposizione».

E il tema dell'autonomia, più che un bastone, è un tronco massiccio: le perplessità non si contano, sia all'interno di Forza Italia che in Fratelli d'Italia. Ma Salvini tira dritto: «Manteniamo la parola data – assicura – abbiamo degli amici che a volte si confrontano, partendo da presupposti diversi, ma poi arrivano a una sintesi comune». Complicata,

però, almeno a sentire l'altro vicepremier e ministro degli Esteri, Antonio Tajani, che ravvisa il rischio che l'autonomia possa «dividere il Paese e penalizzare il Sud». Esattamente la percezione che Calderoli in prima persona sta cercando di smentire, incontrando uno a uno i governatori del Sud, ultimo il siciliano Renato Schifani, venerdì scorso. «Io il percorso dell'autonomia lo porto avanti, non ci sono santi», scandisce il ministro, smentendo che ci sia «un derby tra chi accelera e chi frena: le cose vanno fatte con i tempi giusti, *cum grano salis*». Sceglie il latino, per esprimere i suoi dubbi, anche Gianfranco Fini. L'ex presidente della Camera, ospite di «Mezz'ora in più» su Rai 3, si rivolge ai leghisti dicendo che «la fretta può essere cattiva consigliera» e che, nel realizzare l'autonomia, «*est modus in rebus*». Messaggio diretto, come non può permettersi Meloni, ma che la presidente del Consiglio sottoscriverebbe parola per parola. Secondo l'ex leader di Alleanza nazionale, l'autonomia sarà «la vera grande questione politica che la maggioranza dovrà affrontare nei prossimi mesi» e sui tempi bisogna essere onesti: «Dire, come ha detto qualche volta Calderoli, che i Lep (Livelli essenziali nelle

prestazioni, ndr) li individuiamo in un anno o sei mesi non si può fare». E poi «bisogna prevedere un fondo di compensazione, perché senza metteremo a rischio l'unità nazionale». Insomma, una serie di paletti piantati sulla strada che Salvini cerca di dipingere spianata. Si aggiungono alle «barricate» del Pd quelle prospettate da Gianni Cuperlo, perché «sanità e scuola non si toccano». «Non è bastato il Covid a dire perché frazionare il paese e i servizi essenziali è una follia? – scrive su Twitter – La Lega vuole piantare la bandiera dell'autonomia differenziata che, scardinando l'unità del Paese, accentuerebbe le ingiustizie». Sulla stessa linea Stefano Bonaccini, altro candidato alla segreteria, che chiede di «escludere materie divisive come la scuola o la sanità» e alimenta «il sospetto che, prima delle elezioni lombarde, si cerchi, da parte della Lega in particolare, una soluzione che possa essere usata come scalpo». All'attacco anche il Movimento 5 stelle, con il vicepresidente Mario Turco, che vede per Meloni «il presidenzialismo come moneta di scambio con l'assurda proposta di Calderoli, la norma «spacca-Italia»».

Una spaccatura che è nei fatti. Nella scuola, ad esempio, basta citare i dati dell'ulti-

mo rapporto Svimez sull'accesso al tempo pieno alle elementari. Garantito al 50% dei bambini in Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, solo al 10% degli studenti in Sicilia, al 18% in Campania, al 24% in Calabria. Per la sanità, poi, parlano le inchieste pubblicate su questo giornale nelle ultime settimane, dalle liste d'attesa per visite ed esami clinici ai macchinari obsoleti nei reparti degli ospedali. In un panorama preoccupante a livello nazionale, le regioni del Sud fanno registrare sempre numeri più negativi. Come nell'ultimo rapporto della Fondazione Gimbe, che analizza dieci anni (il periodo è quello che dal 2010 al 2019) di risultati della cosiddetta «griglia Lea», con la quale da tempo il ministero della Salute monitora le performance sanitarie delle Regioni. In testa alla classifica per l'erogazione delle prestazioni garantite dai Livelli essenziali di assistenza c'è l'Emilia-Romagna con il 93,4% di adempimenti, in coda la Sardegna con il 56,3%. Tra le prime dieci Regioni anche Toscana, Veneto, Piemonte, Lombardia, Umbria, Marche, Liguria e Friuli Venezia-Giulia. Agli ultimi posti, oltre alla Sardegna, Campania, Calabria e Puglia. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MATTEO SALVINI
LEADER DELLA LEGA
MINISTRO INFRASTRUTTURE



Sono sicuro che dopo trent'anni di battaglie grazie al centrodestra compatto l'autonomia sarà realtà nel 2023



LAPRESSE

Gli elettori leghisti all'ultima Pontida: l'autonomia è la riforma bandiera



GIANFRANCO FINI
EX LEADER
DI ALLEANZA NAZIONALE



La fretta è una cattiva consigliera, la Lega ci pensi: con la riforma sbagliata è a rischio l'unità nazionale

Su La Stampa



L'allarme lanciato dalle Regioni sulla situazione finanziaria della Sanità su La Stampa di ieri. In una lettera al ministro Orazio Schillacci, le Regioni la definiscono «a rischio bancarotta». «Le conseguenze - è la previsione - potrebbero essere catastrofiche»

Il ministro Tajani (Fi) è preoccupato: si rischia di "dividere il Paese e penalizzare il Sud"

Calderoli incontra tutti i governatori del Mezzogiorno "Io vado avanti"

IL REPORT DEI MEDICI: UN MILIONE DIMESSI CON 7 GIORNI DI RITARDO PERCHÉ NON HANNO NESSUNO CHE LI AIUTI

Allarme per gli anziani abbandonati negli ospedali

ROMA

Colpa di un sistema di assistenza sociale e territoriale che fa acqua da tutte le parti le corsie dei nostri ospedali si affollano di anziani soli, che quando arriva l'ora delle dimissioni non sanno dove andare e così continuano a restare in reparto. Cumulando in un anno oltre 10 milioni di giornate di degenza che sarebbero potute servire invece a decongestionare le nostre strutture al collasso. La metà dei ricoveri riguarda infatti pazienti over 70, che in oltre il 50% dei casi restano in reparto circa una settimana in più del necessario.

A svelare come sulla Sanità finiscano per scaricarsi impropriamente le carenze del nostro sistema di assistenza sociale, è un'indagine condotta da Fadoi, la società scientifica di medicina interna. Considerando che i ricoveri nei reparti di medicina interna sono circa un milione l'anno e che almeno la metà di questi sono di over 70. E tenendo poi conto che ben più del 50 per cento di questi prolunga mediamente di una settimana il ricovero oltre le necessità sanitarie, in tutto sarebbero 2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso. Considerando il costo medio di una giornata in ospedale, pari a 712 euro, fanno in totale un miliardo e

mezzo l'anno di spesa che si sarebbe potuto investire in vera assistenza sanitaria. Se però allarghiamo lo sguardo ai 5 milioni di ricoveri l'anno le giornate di degenza sprecate da circa un milione di anziani soli sono 10,5 milioni e il costo lievita a ben 7,5 miliardi.

Il 75,5 per cento dei pazienti anziani resta impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio mentre il 22,4% ha difficoltà ad attiva-

re l'Adi, l'assistenza domiciliare integrata. In altri termini un mix tra deficit di assistenza sociale e di mancata presa in carico da parte di servizi e strutture sanitarie territoriali.

Una volta dimessi il 24,5% dei pazienti ultrasessantenni va direttamente a casa, il 41,8% avendo però almeno attivato l'assistenza domiciliare. Il 15,3% finisce in una Rsa, il 18,4% in una struttura intermedia.

«Problematiche sociali -afferma il presidente Fadoi, Francesco Dentali- che si scaricano indebitamente sugli ospedali, mettendo a rischio anche la salute degli stessi anziani che aumentano così il rischio di contrarre infezioni ospedaliere». **PA.RU.** —



Molti anziani soli restano in ospedale perché senza assistenza

10

Sono i milioni di giornate di degenza negli ospedali che potevano essere evitate

64,3

La percentuale ricoveri protratti per mancanza di assistenza sul territorio



IL CASO

Le Regioni lanciano l'allarme "Sanità a rischio bancarotta"

La lettera a Schillaci: "Situazione che potrà avere conseguenze catastrofiche"
Bilanci in crisi e fondi del Pnrr per le strutture non favoriranno investimenti e assunzioni

PAOLORUSSO
ROMA

L'allarme delle regioni è bipartisan: continuando di questo passo, dicono al governo, tra sottofinanziamento, carenza di personale, inflazione e caro energia la sanità è a rischio crac, con conseguenze che le stesse Regioni definiscono «catastrofiche». Il grido d'allarme viene dal coordinatore degli assessori regionali alla Sanità, l'emiliano Raffaele Donini, che a nome di tutte le Regioni ha inviato una lettera al ministro della Salute, Orazio Schillaci e al titolare dell'Economia, Giancarlo Giorgetti. Un appello condiviso, perché l'80% dei bilanci regionali è assorbito dalla Sanità e su questa si gioca una bella fetta del consenso elettorale.

«La sostenibilità economico-finanziaria dei bilanci sanitari è fortemente compromessa dall'insufficiente livello di finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, dal mancato finanziamento di una quota rilevante delle spese sostenute per il contrasto alla pande-

mia da Covid-19 e per la campagna vaccinale», scrive Donini. I conti le Regioni al governo li avevano già fatti: tra maggiori spese sostenute per il Covid e quota non finanziata del caro bollette in Asl e ospedali, per l'anno passato i governatori lamentano un ammanco di 3,8 miliardi di euro. Che nulla hanno a che vedere con i 2,2 miliardi in più di finanziamento che Schillaci è riuscito ad ottenere per il 2023. Soldi che non potranno essere utilizzati per coprire il buco pregresso, dato che non basteranno nemmeno a fronteggiare le tante emergenze sanitarie dell'era post-pandemica, a cominciare dallo smaltimento delle liste d'attesa, passando per la necessità di ripopolare di medici e infermieri non solo le corsie degli ospedali, ma anche le nuove Case e Ospedali di comunità per il potenziamento dell'assistenza territoriale, per la quale il Pnrr stanziava ben 7 miliardi di euro. Soldi vincolati però a tirar su muri e che non possono essere impiegati per assumere i professionisti sanitari che dentro quelle mura dovrebbero operare.

«Questa situazione - scrivono le Regioni al governo - determinerà conseguenze catastrofiche per la Sanità pubblica, che ha invece urgenza di rivedere i modelli organizzativi per rafforzare l'assistenza territoriale - anzitutto affrontando il grave problema della carenza di medicina generale - rinnovare e rendere più efficienti e sicure le strutture sanitarie, ospedaliere e territoriali, dare una soluzione al collasso delle strutture di emergenza, ammodernare il parco tecnologico e digitale». Un elenco di problematiche che ricalca quelle scandagliate nelle puntate dell'inchiesta de La Stampa su «La salute tradita».

«Auspichiamo che sussistano le condizioni per un percorso di leale collaborazione e di costante confronto istituzionale», è l'invito a riprendere il confronto che nella lettera le Regioni rivolgono all'Esecutivo. Ma sulle ricette le strade tra gli schieramenti tornano a dividersi. Per sciogliere il nodo della debolezza del nostro sistema di assistenza territoriale l'opposizione difende la riforma già approvata, perché

le case di comunità dovrebbero garantire l'assistenza 7 giorni su 7 nelle ore diurne, facendo lavorare in team medici di famiglia, specialisti e infermieri. Nella maggioranza, invece, la formula non piace, così come non convince i medici di famiglia, che in queste strutture dovrebbero passare molte più ore di quante oggi non ne trascorrono nei loro studi. E si sa che soprattutto nella profonda provincia italiana un po' di voti li hanno sempre spostati. Ma piacciono o meno, le case e gli ospedali di comunità hanno bisogno di personale. Dove andarlo a pescare e con quali soldi, è un rebus.

Non convince i medici l'idea del governo di abrogare il numero chiuso nelle facoltà di medicina. «Così creeremo solo un imbutto lavorativo nei prossimi anni, quando già entreranno sul mercato i giovani formati grazie all'aumento delle borse di specializzazione», spiega Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato Anaao. Che chiede invece di gratificare il lavoro medico per superare la disaffezione dei giovani per quelle specialità, come l'emergenza e urgenza, dove c'è meno mercato privato. —



In corsia
Le condizioni della Sanità sono prossime al crollo, anche a causa delle spese sostenute per affrontare l'emergenza Covid

Così su La Stampa



La pagina di ieri del La Stampa con una puntata dell'inchiesta sulla «Salute tradita», dove vengono affrontati tutte le difficoltà del settore, evidenziate da medici, infermieri, ma anche da Comuni e Regioni

7000
I milioni di euro del Pnrr per potenziare le strutture per l'assistenza territoriale

3,8
Sono i miliardi di deficit delle Regioni collegati alla materia sanitaria



L'INTERVISTA

Silvio Garattini

“La soluzione è usare i generici una legge obblighi a prescriverli”

L'oncologo presidente dell'istituto farmacologico Negri: “Non c'è nessuna carenza gli equivalenti sono sempre a disposizione ma in Italia c'è una forte resistenza”

FILIPPO FEMIA

«Voglio essere molto chiaro: non c'è nessuna carenza.

L'Agenzia italiana del farmaco lo ha spiegato molto bene: il problema non esiste». È categorico Silvio Garattini, fondatore e presidente dell'Istituto di ricerche farmacologiche “Mario Negri”, nel commentare l'allarme diffuso in questi giorni che ha spinto alcuni a fare scorte di medicine. «Non c'è nulla di cui preoccuparsi - assicura l'oncologo di 94 anni -. Che io ricordi, nella mia lunga carriera, non ho mai assistito a una vera penuria».

Dottor Garattini, allora come si spiega quello che sta accadendo?

«L'allarme che sta rimbalzando nel nostro Paese è privo di fondamento. Le medicine non sono introvabili, come ho letto su alcuni siti internet. Sugli scaffali delle farmacie scarseggiano quelle con i nomi commerciali o “di fantasia”, ma i corrispettivi generici si possono acquistare senza problemi. Per intenderci: se la Tachipirina è difficile da reperire, il paracetamolo si trova ovunque. In ogni caso è raro che esista un solo farmaco per una determinata indicazione. Se mancasse un generico, si potrebbe fare ricorso a un altro farmaco analogo».

Però da qualche giorno alcune persone si sono lanciate in affannose scorte di farmaci.

«Si tratta di comportamenti immotivati e irrazionali, che possono avere ripercussioni negative. Sarebbe auspicabile una campagna informativa del ministero della Salute che metta in chiaro come stanno le cose, cioè che non c'è nulla da temere. Tutti i cittadini hanno il diritto di essere informati correttamente».

In altri Paesi europei si è verificato qualcosa di simile?

«Leggendo le notizie non ho trovato, nulla del genere nel resto d'Europa».

Qualcuno ha suggerito di mettere un tetto al numero di medicine acquistabili. Che ne pensa?

«Potrebbe essere una soluzione, se esistesse una crisi reale. Ma non è questo il caso».

Andrea Mandelli, presidente della Federazione ordini farmacisti italiani, ha citato la guerra in Ucraina e il rallentamento della produzione in Cina in seguito al boom dei contagi da Covid come cause della scarsità di medicine. «Tempesta perfetta», l'ha definita.

«Ripeto: non siamo di fronte a una carenza di farmaci. Quelli generici sono a disposizione senza alcun problema per i consumatori. Ma in Italia c'è una forte resistenza su questo tipo di medicinali, sia da parte dei medici che dei pazienti». **Per quale ragione?**

«C'è la convinzione, assolutamente falsa, che siano meno efficaci dei farmaci con il nome commerciale. “Se costa di più, allora è migliore”, pensano in molti. Una diffidenza testimoniata da un dato eloquente: sul totale dei farmaci acquistati, in Italia soltanto il 40% appartiene alla categoria dei generici. Nel Regno Unito siamo intorno al 60%, in Germania si arriva invece all'80%. C'è molta discussione intorno allo stesso termine “generico”: da noi trascina con sé pregiudizi sciocchi, per questo a volte si preferisce usare la parola “equivalente”. Altrove non è così: in inglese il termine “generics” non ha alcuna sfumatura negativa».

I farmacisti hanno qualche responsabilità?

«In parte sì. Dovrebbero fare maggiore ricorso ai farmaci generici, anche a costo di rinunciare a maggiori guadagni assicurati da quelli commerciali. Bisognerebbe anche fare uno sforzo per cambiare l'attuale sistema: nelle università si studiano i farmaci con il loro nome generico, che è approvato dall'Organizzazione mondiale della sanità ed è identico in tutto il mondo, con indubbi vantaggi. Ma quando gli studenti diventano dottori iniziano a prescrivere i farmaci utilizzando il nome commerciale, per abitudine principalmente. In questo modo dimenticano la definizione

generica del farmaco».

Come si può uscire questa situazione?

«Il problema, in sé, è abbastanza semplice da risolvere. Ma come in tutti i campi serve la volontà politica. Si potrebbe intervenire sui prezzi, equiparando quelli dei farmaci generici a quelli prodotti con il marchio delle case farmaceutiche: francamente è un'ipotesi che ritengo remota. Molto più percorribile la strada dell'elaborazione di una legge che renda obbligatorio la prescrizione del farmaco generico. Solo in questo modo si tutelano davvero i pazienti».

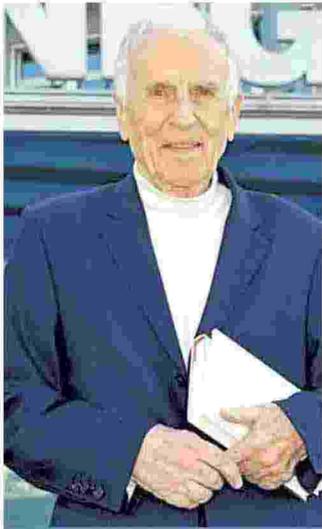
Le case farmaceutiche non la prenderebbero bene.

«È ovvio, si tratta del gioco delle parti. Quelle che producono medicinali sono aziende normalissime che rispondono alle logiche di mercato. Non conosco aziende che puntino a diminuire la produzione e la vendita dei loro prodotti. Ma un governo può decidere di intervenire in favore dei cittadini».

Eppure finora nessun esecutivo l'ha mai fatto. Come se lo spiega?

«Ci sono dinamiche che si sono sempre verificate, a prescindere dal coinvolgimento delle case farmaceutiche. Nell'eventualità di un cambio di regole, le aziende potrebbero obiettare che con le nuove condizioni centinaia di posti di lavoratori potrebbero essere a rischio». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“

Niente allarmi

Problema semplice da risolvere, però ci vuole la volontà politica. Il ministero chiarisca che non c'è nulla da temere

Da noi il termine generico alimenta pregiudizi sciocchi. Siamo fermi al 40% in Germania si arriva all'80%



MARIA LAURA ANTONELLI / AGF

Le ipotesi sul tavolo Il governo valuta possibili interventi contro la carenza di farmaci: un'idea è imporre la prescrizione dei generici



Farmaceutica, Giuliani acquisisce il portafoglio di prodotti Biogena da Valetudo

Giuliani, società farmaceutica specializzata in ambito gastroenterologico, tricologico e dermatologico, di proprietà della famiglia Giuliani, ha acquisito il portafoglio di prodotti dermatologici Biogena da Valetudo, azienda bergamasca fondata nel 1982. Valetudo collaborerà con Giuliani continuando a produrre

la linea Biogena. Biogena è destinata al segmento dell'informazione medica e alla vendita in farmacia; offre un'ampia gamma di prodotti terapeutici per la pelle, trattamenti per i capelli, detergenti, deodoranti e solari, con marchi leader quali Osmin, Mellis, Inosit, Laris e Bioliftan. —



LA SALUTE

Crisi dei farmaci come difendersi "Usate i generici"

FEMIA E RUSSO



Magazzini svuotati Secondo l'Aifa, sono 328 i farmaci che in questo periodo scarseggiano in Italia

PACIFICPRESS/SIPA/AGF

Restano introvabili i medicinali usati contro i mali di stagione, anche se la situazione sembra in miglioramento. Una guida per orientarsi tra le alternative. Per Silvio Garrattini, presidente dell'Istituto di ricerche Mario Negri, «bisogna comprare i generici che andrebbero imposti per legge». - PAGINE 10 E 11

Così su «La Stampa»



Su *La Stampa* di ieri l'approfondimento sul problema della mancanza di farmaci: 328 quelli che scarseggiano. Il governo corre ai ripari: l'idea è incentivare l'utilizzo dei generici.



Farmaci

come salvarsi nell'emergenza

Medicinali introvabili, ecco una guida per orientarsi tra le alternative
L'esperto: "Evitate di fare scorte"



PAOLO RUSSO
ROMA

Ifarmacisti assicurano che in queste ore la situazione va migliorando e che antinfiammatori, antibiotici, paracetamolo e la restante schiera di pillole e sciroppi usati contro i mali di stagione stanno tornando sui rispettivi scaffali. Ma siamo ancora lontani alla normalità, se sui siti di qualche importante catena di farmacie medicinali gettonati come il Brufen vengono venduti come se fossimo su Airbnb: «Ultima confezione disponibile», riporta il portale di un noto gruppo di farmacie della Capitale. Federfarma, l'associazione che rappresenta i titolari di farmacia, fa un passo avanti e mette a disposizione i duemila laboratori galeonici di altrettanti punti vendita, «che possono replicare molti dei medicinali oggi introvabili». Ma ad avere un laboratorio sono 2 mila farmacie su 19 mila. Che poi non possono fare in casa tutto quel che manca perché per alcuni medicinali servono i laboratori industriali.

Resta da capire come cavarsela in attesa che, dalla Cina in piena pandemia e da India e Pakistan alle prese con il caro energia, tornino a viaggiare verso di noi i principi attivi, ossia l'anima delle medicine. «Per ogni farmaco di cui c'è carenza è possibile trovare un corrispondente generico o modulare in modo diver-

so il dosaggio», ripetono in coro farmacisti e Aifa, negando l'esistenza di una vera e propria emergenza. Il problema però è che quando si tratta di farmaci con obbligo di ricetta, cambiare anche solo dosaggio o forma farmaceutica, la bustina piuttosto che lo sciroppo, significa tornare alla casella di partenza come al gioco dell'oca e fare anticamera in sala d'attesa per chiedere una nuova ricetta al proprio medico curante. Questo quando va bene. Perché a volte il medicinale che non troviamo è mutuabile, quindi si paga al massimo il ticket e lo si porta a casa, mentre il sostituto no e bisogna mettere mano al portafoglio.

Per capire come muoversi in questa giungla abbiamo chiesto consiglio a chi pillole e sciroppi li maneggia tutti i giorni: Vladimiro Greco, presidente dei giovani farmacisti romani. Vediamo così per ognuno dei medicinali di più largo consumo, sui quali è ancora caccia al tesoro, a quali alternative è possibile fare ricorso.

Iniziamo dal Brufen da 600 mg, che a quel dosaggio è un antinfiammatorio bello forte. Tant'è che per acquistarlo c'è l'obbligo di presentare la ricetta medica. La versione generica, quella venduta con il nome del principio attivo, l'ibuprofene, è altrettanto rara. Allora si può ricorrere al Brufen da 200 o da 400, prendendo tre o una pillola e mezza. Ma in questo caso devo tornare dal medico e farmi fare una nuova ricetta. Uno strazio con Covid e influenza che continuano a far riempire le sale d'attesa mediche. Per semplificarsi la vita però un modo c'è: farsi dare il Moment act da 400 che si può invece acquistare senza ricetta per quegli arcani misteri

del nostro sistema di dispensazione dei medicinali. Solo che in questo caso bisogna pagarlo di tasca propria, sborsando tra i 9 e gli 11 euro a scatoletta.

Altro medicinale difficile da trovare è la Tachipirina sciroppo da 120 mg, usata abitualmente dai bambini. Per gli adulti c'è il generico paracetamolo in dosaggio più alto, i piccoli invece possono in alternativa tranquillamente ricorrere alla versione in bustine o in supposte, «quest'ultima più adatta ai neonati», specifica Greco nel farci da guida. Sembra invece in via di soluzione la carenza di Augmentin, antibiotico ad ampio spettro. Ma se dovesse ancora mancare si può ricorrere al generico, Amoxicillina più acido clavulanico.

Altro desaparecido è il Gaviscon advance, che ben conosce chi soffre di reflusso esofageo. Può essere sostituito con il Riopan, oppure si può ricorrere al prodotto base di Gaviscon, che però contrariamente all'advance non è mutuabile e costa intorno ai 13 euro.

Il Fluimucil da 600 mg in bustine, molto prescritto dai medici quando la tosse non va via, scarseggia da due settimane. Ed è raro trovare anche il generico. Però abbondano le aziende che producono prodotti pressoché identici, come lo She-dirflu, sempre da 600, che di diverso ha solo l'aggiunta della vitamina C, la quale male non fa. Anche in questo caso però servono una decina di euro per acquistarlo, visto che non è mutuabile. Stesso discorso per un altro mucolitico di largo uso, il Clenil, mentre il Fluibron, quando si trova, è mutuabile.

Per l'antibiotico Zitromax la soluzione è facile: basta farsi con-

segnare il generico. E per farlo non è necessaria nemmeno una nuova ricetta. Per la Neoborocilina contro il mal di gola, farmaco non mutuabile, le alternative si chiamano Tantum verde e Benagol, anch'esse a pagamento. «Per superare questo momento di difficoltà basta il buon senso», afferma Greco. Che conclude con un appello: «Non fatevi prendere dal panico correndo a fare scorta di medicinali. Perché, questo sì, potrebbe far precipitare di nuovo la situazione». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Trovare un altro prodotto è possibile ma spesso è necessaria una nuova ricetta

I molti casi le seconde scelte non sono mutuabili: bisogna pagare di tasca propria

Possibili scelte di riserva



Brufen

Raro quello da 600 mg, come il generico (ibuprofene). Si può cambiare dosaggio (ma serve un'altra ricetta) oppure ricorrere al Moment act da 400.



Tachipirina

Difficile da trovare lo sciroppo 120 mg, usato dai bambini. Il generico paracetamolo ha dosaggio più alto, buone alternative le bustine o le supposte.



Fluimucil

Scarseggia la versione da 600 mg in bustine, raro anche il generico ma in questo caso esistono prodotti identici come lo Shedirflu, diverso solo per l'aggiunta di vitamina C.



Zitromax

Soluzione semplice per questo antibiotico: basta farsi consegnare il generico, con la stessa ricetta. Sembra invece in via di risoluzione la carenza di Augmentin.



VLADIMIRO GRECO
PRESIDENTE DEI GIOVANI
FARMACISTI ROMANI



Non fatevi prendere dal panico svuotando gli scaffali questo sì potrebbe peggiorare la situazione

ROCCA, CANDIDATO NEL LAZIO

«Volontariato irriso se non è di sinistra»

di **Francesco Curradori**

a pagina 6

VERSO LE REGIONALI

l'intervista» **Francesco Rocca**

«Attacchi contro di me? Odiano il volontariato che non sta a sinistra»

Il candidato nel Lazio ed ex capo Croce rossa

«Il mio rivale ha peggiorato la sanità regionale»

Francesco Curradori

Roma «Il centrodestra mi ha chiesto di candidarmi e ho sentito una fortissima volontà di cambiare insieme questa Regione». Francesco Rocca, ex presidente della Croce Rossa Internazionale, spiega così la sua scelta di scendere in politica per le Regionali del Lazio. E aggiunge: «Non mi sarei mai potuto presentare con la sinistra che non sa far sognare e ha una totale mancanza di visione».

Secondo lei, qual è stato l'errore principale di Zingaretti?

«Fare contemporaneamente il presidente di Regione e il segretario di un partito importante come il Pd. Amministrare il Lazio richiede il massimo dell'impegno. Oggi abbiamo una Regione senz'anima».

Cosa pensa dell'uso strumentale che la sinistra sta facendo della sua vicenda personale?

«Nel momento in cui ho deciso di candidarmi, la mia vita non è più personale. È giusto che

quell'errore sia stato messo in risalto, però la sinistra sta cancellando i 38 anni successivi che ho speso al servizio di chi ha bisogno. Probabilmente c'è una patologia di fondo della sinistra che rifiuta che un operatore umanitario possa essere sostenuto dal centrodestra».

Cosa intende per patologia?

«La sinistra spinge su quell'errore, ma anche il resto della mia vita spesa al servizio degli ultimi rientra nella sfera della mia vita privata. Quella seconda parte non viene menzionata perché la sinistra tenta di impossessarsi di alcuni valori che, però, non sono una sua prerogativa».

Si sente usurpata nel suo spazio?

«Usurpata in quello che pensa sia il suo territorio, ma non lo è. La sinistra non detiene il monopolio della solidarietà ma, pur di impossessarsene, dà uno schiaffo alla Costituzione che, invece, sul principio di recupero ha fondato uno dei suoi articoli. Questo moralismo a correnti alternate è assolutamente inaccettabile e patologico».

Altro vizio della sinistra è quello di puntare tutto sull'antifascismo.

«Credo di esserne, purtroppo, protagonista e vittima. Stanno parlando di cose inesistenti. Creano dei falsi nemici per non parlare dei disastri amministrativi dopo dieci anni di governo».

Un'arma della sinistra è il giustizialismo che nel caso dell'inchiesta sulla «lobby nera» ha fatto cilecca.

«Questa sinistra cavalca a corrente alternata le inchieste giudiziarie, condanna quando si è oggetto di indagini e dimentica quando si viene assolti o quando le indagini vengono archiviate. Lo trovo moralmente inaccettabile».

Cosa pensa del caso Soumahoro?

«Ci sono indagini in corso e non voglio commentare. Detto ciò, le immagini che arrivano da Latina sono vergognose e mostrano lo sfruttamento inaccettabile di persone fragili. Quella non è umanità, è sciacallaggio e speculazione sulla vita degli esseri umani».

Lei come gestirebbe un'eventuale accoglienza di migranti?

«Bisogna avere un continuo dialogo con le comunità, cosa che nella mia precedente veste ho sempre fatto. Certe scelte non devono essere calate dall'alto come è stato fatto in passato, ma si deve creare una reale integrazione».

Ritiene che Alessio D'Amato sia stato un buon assessore alla sanità?

«No. Penso che la sanità del Lazio abbia più problemi di quando D'Amato ha iniziato a occuparsene. Lo dico basandomi sulla situazione che vivono i cittadini del Lazio quando devono avere una prestazione sanitaria che dovrebbe essere garantita dalla Costituzione, come ha ricordato anche Mattarella nel discorso di fine anno».

In virtù della sua esperienza, quali sarebbero i suoi primi provvedimenti in materia di sanità?

«Dovremmo centralizzare il governo dei posti letto per abbattere i tempi di attesa che i nostri

malati hanno al pronto soccorso. Oggi molti pazienti attendono anche 48 ore, prima di trovare un posto letto».

Roma può uscire dalla situazione di degrado in cui versa e possa affrontare la sfida del Giubileo?

«Sarebbe gravissimo se il sindaco Gualtieri non cogliesse questa occasione per ridare dignità e decoro a una città meravigliosa, anche perché non amministra Roma da un giorno. In me troverà un leale collaboratore e la Regione, che legifera sulla polizia locale, lavorerà per capire quali sono gli strumenti di cui i sindaci hanno bisogno in materia di ordine pubblico. Sappiamo bene che, purtroppo, ci sono alcune zone della Capitale in cui è difficile poter girare, sia di giorno sia di notte».

Termovalorizzatore. Qual è la sua posizione?

«Il termovalorizzatore deve chiudere il ciclo dei rifiuti. Quel che mi preoccupa è che la raccolta differenziata nel Lazio non decolla: siamo al 18° posto. Il termovalorizzatore è l'unica alternativa alle discariche che io voglio chiudere, ma da solo non è la risposta. Dico sì, ma ho riserve sull'ubicazione a Santa Palomba che è un'area industriale già intasata dal traffico».



I PROBLEMI

Rifiuti, ancora non ci siamo senza il termovalorizzatore
A Roma manca decoro

REGIONALI 2023, LA CORSA IN LOMBARDIA E LAZIO

QUANDO SI VOTA

DOMENICA 12 FEBBRAIO
dalle 7 alle 23

LUNEDÌ 13 FEBBRAIO
dalle 7 alle 15

COSA SERVE

DOCUMENTO di riconoscimento

TESSERA elettorale

<p>ATTILIO FONTANA Sostenuto da</p> <p>Fratelli d'Italia Lega Forza Italia Noi Moderati - Rinascimento Sgarbi Lista Fontana Presidente</p>	<p>LETIZIA MORATTI Sostenuta da</p> <p>Terzo Polo* Letizia Moratti Presidente *Azione, Italia Viva</p>	<p>PIERFRANCESCO MAJORINO Sostenuto da</p> <p>PD M5s VerdiSinistra e Reti Civiche Majorino Presidente</p>	<p>MARA GHIDORZI Sostenuta da</p> <p>Unione popolare</p>
<p>DONATELLA BIANCHI Sostenuta da</p> <p>Movimento 5 Stelle Lista del Polo progressista*</p>	<p>ALESSIO D'AMATO Sostenuto da</p> <p>Partito Democratico Terzo Polo* Demos Psi *Azione, Italia Viva</p>	<p>FRANCESCO ROCCA Sostenuto da</p> <p>Fratelli d'Italia Lega Forza Italia Lista Civica Rocca Presidente Unione di Centro Noi Moderati e Rinascimento</p>	



IL DOSSIER

di Antonella Aldrighetti
Roma

Profondo rosso Lazio I disastri targati Pd fra sanità e trasporti

La Regione al voto eredita 90,7 milioni di disavanzo e una spesa fuori controllo

Deficit, spesa sanitaria alla deriva e liste d'attesa fuori controllo. Questa la pesante, drammatica eredità che la giunta uscente di Nicola Zingaretti lascia a chi si guadagnerà il ruolo di governatore del Lazio. La regione si approssima al voto del 12 e 13 febbraio con un disastro finanziario e gestionale senza precedenti. Partendo dal capitolo sanità, che impegna un buon 70% del bilancio di ogni ente territoriale, si inciampa in un evidente disavanzo di 90,7 milioni di euro e con una spesa, che nell'ultimo anno finanziario è cresciuta di oltre 1 miliardo. Ovvero da 10,7 per arrivare a 11,8 miliardi nel 2021. Dispendio che certo non ha apportato beneficio alcuno a pazienti e operatori sanitari. E il perché è presto detto. I primi sono vittime di liste d'attesa irregolari secondo i tempi previsti dai protocolli di prevenzione, cura e interventistica chirurgica. Difatti conside-

rando gli esami diagnostici si sfiorano gli 8/12 mesi per ecocolordoppler e ecocardiogramma, 6 mesi per ecografia addominale, fino a un anno per mammografia con tomosintesi e altri 6/8 mesi per una ecografia prostatica mentre per l'Oct, la cosiddetta tac dell'occhio, sempre più spesso le liste sono chiuse, ovvero le agende della specialistica non riconoscono gli appuntamenti poiché previsti troppo in là nel tempo. A questo punto per attingere a un esame medico, necessario e nei tempi previsti, l'unica strada rimane quella di mettere mani al portafoglio e provvedere pagando di tasca propria. E questo malgrado un'addizionale regionale Irpef pari al 3,33%: la più salata d'Italia e conteggiabile in circa 650 euro a contribuente. Senza contare che i medesimi tempi di attesa si ripercuotono anche sugli interventi chirurgici cosiddetti programmati. Al contempo gli stessi operatori sanitari si dicono allo

stremo a causa delle mancate assunzioni: negli ultimi tre anni si è contata una diminuzione di oltre 10 mila operatori sanitari nel Lazio tra pensionamenti e abbandoni volti ad approdare nelle cliniche private, anche non convenzionate. A incrementare quel deficit malcelato i medici a gettone, ingaggiati nelle Asl e nei Pronto soccorso degli ospedali, tramite le tante cooperative che vengono pagati fino a 150 euro l'ora ma che, nei capitoli di bilancio non pesano sui costi del personale piuttosto invece su quelli riferiti ai servizi. L'evidenza della pessima gestione delle risorse è diventata palese quando la Ragioneria dello Stato, qualche giorno fa, con un apposito focus sulla spesa sanitaria regionale ha puntato l'indice contro la giunta uscente che, invece di impegnare l'extrageguito per coprire i disavanzi lo andava a trasferire al capitolo trasporti. E non si parla di cifre contenute, anzi. Si conteggiano circa 753,6

milioni di euro travasati per i servizi pubblici che malgrado l'extrageguito e i finanziamenti a pioggia mal funzionano. A fronte di questo non è ancora chiaro dove vada a finire invece la quota nazionale del fondo per il trasporto pubblico locale che ogni anno la Regione Lazio, riceve dallo Stato e che dovrebbe essere pari a circa 650 milioni di euro.

Al contempo ulteriori fondi dal Lazio approdano anche al Comune di Roma: ben 240 milioni per il Tpl cittadino. Ma l'epilogo di questo scenario mediocre, frutto di una politica dozzinale i cui risultati sono sotto gli occhi di tutti i cittadini del Lazio, la giunta uscente lo ha scritto due giorni fa. L'esecutivo deprivato di qualsivoglia potere, a meno di un mese dal voto, con tanto di consiglio regionale sciolto ha approvato, motu proprio, il piano sulla transizione ecologica. Certo è che la sinistra non manca di teatralità anche nella dissoluzione.



RECORD NEGATIVI

Per un ecocardiogramma
si aspetta anche un anno
L'Irpef? La più alta d'Italia



DUE GIRI
Nicola Zingaretti, ex segretario del Partito Democratico, è stato presidente della Regione Lazio per due mandati, dal 2013 fino a novembre 2022, quando si è dimesso dalla Regione optando per il seggio parlamentare da deputato conquistato alle elezioni politiche dello scorso 25 settembre

IL DOSSIER DEI MEDICI INTERNISTI

Ospedali come rifugi per un milione di anziani soli

Ricoveri prolungati di 7 giorni: «Non hanno nessuno, risolviamo un problema sociale»

Maria Sorbi

■ A casa non c'è nessuno che li aspetta. E loro, nonostante le dimissioni dall'ospedale, non hanno le forze per badare a se stessi, lavarsi, rifare il letto e fare la spesa dopo il periodo del ricovero. Figuriamoci provvedere alle medicazioni personali o alle iniezioni. Per questo un milione di anziani soli resta in reparto un po' più del dovuto, accuditi dagli infermieri e coccolati da quel via vai di medici e assistenti che, in fondo in fondo, non vorrebbero lasciare. In media la degenza viene prolungata di una settimana in più, una forma di umanità assolutamente empatica e necessaria. Ma colmare la mancanza di assistenza a casa di così tanti anziani, costa parecchio: sia perché si tengono occupati «inutilmente» posti letto (cioè 712 euro al giorno a postazione), sia perché si incide sui costi delle strutture.

I ricoveri in medicina interna sono circa un milione e la metà dei ricoverati, quindi 500mila, è over 70 e non ha nessuno. Il 50%, secondo la stima del Fadoi (la società scientifica di medicina interna), resta almeno una settimana più del dovuto: si tratta di 250mila anziani ogni anno. Ma allargando lo sguardo all'insieme dei ricoveri (5 milioni in tutto) si

può stimare che in tutti i reparti siano almeno un milione. Ogni anno si contano in totale oltre 2 milioni di giornate di degenza improprie solo nella medicina interna per la difficoltà a dimettere gli anziani che non hanno sostegno familiare o risorse per un'assistenza a casa. È questo il peso che ricade indebitamente sulla sanità pubblica a causa delle carenze del sistema di assistenza sociale, ma anche dei servizi territoriali sanitari poco attrezzati alla presa in carico di questi pazienti. Una survey condotta in 98 strutture da Fadoi indica che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella effettiva di uscita passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto.

I dati hanno un retrogusto amaro: il 75,5% dei pazienti anziani non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. C'è anche da dire che non per tutti è così immediato accedere alle strutture del territorio e il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare.

«Tocchiamo con mano quotidianamente la necessità di farsi carico di problematiche sociali che finiscono per pesare indebitamente sugli ospedali - commenta Francesco Dentali, che dal primo gennaio è diventato il nuovo presidente della

Fadoi -. E un quadro che dovrebbe far riflettere sul nostro sistema di assistenza sociale, che secondo l'osservatorio del Cnel per i servizi impiega appena lo 0,42% del Pil, mentre in base ai dati Inps oltre 25 miliardi vengono erogati sotto forma di assegni, come quelli di accompagnamento o di invalidità. Questo senza considerare i 3,4 miliardi erogati direttamente dai Comuni. Un sistema inverso a quello adottato da molti Paesi, soprattutto del Nord Europa, dove l'ottimizzazione delle risorse disponibili passa per un maggiore investimento nei servizi di assistenza alla persona. Fermo restando - conclude Dentali - che c'è anche un'evidente carenza di servizi sanitari intermedi

territoriali, perché parliamo pur sempre di pazienti che al momento del ricovero nei nostri reparti necessitano di una media o alta intensità di cura».

È da capire se il sistema più capillarizzato delle case di comunità (ora non distribuite uniformemente su tutto il territorio ma presto potenziate grazie ai fondi Pnrr) potrà aiutare a risolvere parte del problema. Scettico l'ex presidente Fadoi, Dario Manfellotto: «Le ricette come le Case della Comunità e gli ospedali di Comunità sono vecchie, modelli che abbiamo già definito e sperimentato ma che spesso non funzionano e lo abbiamo visto per esempio col Covid».



ABBANDONO

A casa non li aspetta nessuno e da soli non si possono curare. Tanti anziani restano in ospedale più del dovuto



all'interno

BIGNAMI (FDI)

«Speranza
menti sul Covid
Ora la verità»

Andrea Indini

a pagina 11

l'intervista » Galeazzo Bignami

«Speranza ha mentito sul Covid La sinistra? Non vuole la verità»

Il viceministro: «Piano pandemico, commesse sospette e carte secretate, la commissione d'inchiesta farà chiarezza»

Andrea Indini

È ormai questione di giorni. Al massimo un paio di settimane e poi alla Camera partirà l'iter per l'istituzione della commissione di inchiesta sulla gestione della pandemia. L'obiettivo è mettere sotto la lente d'ingrandimento tutti gli errori, le omissioni e le mancanze. Niente sconti. «Bisogna andare fino in fondo», assicura il viceministro alle Infrastrutture Galeazzo Bignami, tra i primi a chiedere un'indagine sul disastroso triennio Covid. Disastri che portano soprattutto il colore giallorosso.

Viceministro Bignami, sarà una delle tante commissioni o arriveremo a qualcosa?

«Non scherziamo. L'obiettivo è fare chiarezza su tutto: dall'assenza del piano pandemico ai verbali secretati, dalla carenza dei dispositivi alle mascherine di Arcuri. Ma non dimenticheremo quel che è successo in Val Seriana, coi militari dispiegati e poi ritirati. E le cure domiciliari negate. L'azione della Commis-

sione deve riguardare tutto, se non ha senso partire».

Uno dei punti da chiarire è sicuramente il piano pandemico: cosa andò storto all'inizio del 2020?

«Direi tutto. Il Piano pandemico funziona come un sistema antincendio. Non spegne il focolaio, ma ti fa guadagnare tempo per metterti in sicurezza. Il nostro era vecchio, non aggiornato. Ma nonostante ciò, se fosse stato attivato, avrebbe aiutato. Invece si è deciso di non farlo e di crearne in corsa uno nuovo. Ma ormai era troppo tardi e l'Italia ha pagato un caro prezzo».

A proposito di piano pandemico chi avrebbe dovuto tutelare e non lo ha fatto?

«Il ministero della Salute. Dal 2014 al 2020 tutti i ministri hanno mancato di aggiornare il Piano. Non solo. Dal ministero addirittura rassicuravano l'Unione europea che il nostro sistema di preparazione e risposta ad eventuali eventi pandemici era pronto ed efficace. Mentivano, sapendo di mentire».

Nei primi mesi del 2020 il governo studiò anche un piano Covid che, però, non arrivò mai alle regioni. Perché?

«Perché era troppo tardi. Il Cts decise di elaborare un nuovo piano anti virus il 13 febbraio, negando l'utilità del Piano del 2006 credo perché questo avrebbe significato per molti dei suoi componenti ammettere che avevano abbandonato negli anni uno strumento necessario. Il nuovo Piano fu presentato a inizio marzo, ma il virus ormai era dilagato e l'Italia fu messa in lockdown come "misura di cieca disperazione", per usare le parole di quell'esperto di Ricciardi».

La commissione punterà anche a far luce sulle commesse firmate in quei primi mesi di pandemia. Cosa non torna?

«Vi cito un episodio. Il 12 febbraio 2020 Ruocco, segretario generale del ministero, riferisce che non c'erano dispositivi sanitari. Ma il 15 febbraio il governo Conte-Speranza dispone l'invio di 5 tonnellate di materiale sani-

tario in Cina. Perché se non avevamo dispositivi li mandiamo in Cina? Perché immediatamente dopo attiviamo forme di acquisto straordinarie, di fatto senza alcun controllo, spendendo miliardi? Conveniva a qualcuno?».

A proposito di 5 Stelle e Pd, perché sono contrari a far luce su quanto accaduto?

«Le sinistre hanno una idiosincrasia nei confronti della verità. In questo caso sanno bene che la gestione di Pd e M5S fu una sequela di errori continui».

Faccia almeno un esempio.

«Quando dicono che non volevano seminare panico e quindi non dissero nulla sulla gravità della situazione: questo è esattamente il contrario di quel che prevedono i Regolamenti Sanitari Internazionali che dicono che la prima cosa da fare è informare la popolazione per creare comportamenti adeguati e responsabili. Ma di esempi ne potrei fare molti, purtroppo».

Fino a che punto si spingerà a indagare la commissione?

«Fino in fondo. Per questo non intendiamo assegnare un periodo di indagine definito. La precedente proposta di com-

missione di inchiesta era una farsa. Diceva che bisognava indagare su quello che era successo fino al 30 gennaio 2020 ed in-

Cina».

E voi invece?

«Noi invece intendiamo indagare anche su quello che sta ac-

cadendo in queste ore, in cui ancora ci sono soggetti che operano nel solco degli errori compiuti, per proteggere se stessi a danno degli italiani».



TEMPISTICHE

Vogliamo capire perché il Cts si è mosso così tardi e perché abbiamo inviato in Cina le mascherine a febbraio

ERRORI E OMISSIONI

La commissione d'inchiesta alla Camera sulla gestione dei tre anni di pandemia farà chiarezza su forniture, tempistiche, mancanze e gestione dell'emergenza. «Andremo fino in fondo» assicura il viceministro alle Infrastrutture Galeazzo Bignami



COMUNICATI ALL'OMS 60.000 MORTI COVID IN 35 GIORNI

I numeri “farlocchi” della Cina

■ Dopo le ripetute richieste dell'Oms alla Cina, Pechino ha “svelato” i numeri sul covid. Ci sarebbero stati 59.938 decessi in ospedale tra l'8 dicembre e il 12 gennaio, ovvero dall'abbandono della politica “zero covid”. Il picco ci sarebbe stato il 5 gennaio, con un totale di 128.000 pazienti. «Attualmente, viene utilizzato il 75,3 per cento dei letti per casi gravi», ha dichiarato il capo dell'Ufficio dell'amministrazione medica della Commissione sanitaria, aggiungendo che il numero totale di letti di terapia intensiva è sufficiente a soddisfare il bisogno di cure. L'Oms la scorsa settimana aveva dichiarato che la Cina stava pesantemente sottostimando i decessi per covid. I dubbi restano.



LETTERA AI MINISTRI

Regioni all'attacco: "Senza soldi sanità a rischio"

È nell'ordine dei 3,8/4 miliardi di euro la spesa sostenuta dalle Regioni per il Covid nel 2022 e non coperta dal Fondo sanitario nazionale. Si aggiungono circa 1,7 miliardi di maggiori costi legati all'aumento dei prezzi dell'energia. E mancano migliaia di medici e di infermieri che con il tetto alla spesa per il personale sanitario non possono essere assunti, carenze a cui si rimedia in parte con i medici "gettonisti" delle cooperative private, specie nei pronto soccorso.

"È necessario e indifferibile programmare rapidamente un intervento straordinario e strategico, non di natura meramente emergenziale, in grado di proporre delle soluzioni,



prontamente attuabili ed idonee ad affrontare nell'immediato la carenza di personale sanitario e la crisi finanziaria", scrive Raffaele Donini, assessore alla Sanità dell'Emilia-Romagna e coordinatore della commissione salute delle Regioni, in una lettera ai ministri della Sanità Orazio Schillaci e dell'Economia Giancarlo Giorgetti. Donini paventa "conseguenze catastrofiche per il Servizio Sanitario pubblico".



► COVID, LA RESA DEI CONTI

Quando la SCIENZA TAROCCA i dati

Tra le peggiori eredità della pandemia c'è una conferma: si alterano i risultati di vari studi, compresi quelli sui nuovi medicinali. A tutto vantaggio delle case farmaceutiche

di **MADDALENA LOY**



«La distorsione dei risultati negli studi scientifici peer-reviewed ha raggiunto dimensioni

epidemiche negli ultimi anni. Il problema è particolarmente eclatante nella biomedicina. Molti studi che sostengono che un farmaco o un trattamento sia benefico si sono poi rivelati falsi». Questa affermazione non è di un no vax e non è recente: era il lontano 2011 quando uno dei più autorevoli epidemiologi al mondo, il professor **John Ioannidis** dell'università di Stanford, la pronunciava. E ci sono voluti tre dolorosi anni pandemici affinché anche «il contadino dell'Ohio», figura mitologica e rappresentativa di chi per sua fortuna è lontano dalla politica, potesse constatare amaramente che «la scienza è in declino», come ha scritto la rivista *Nature* pochi giorni fa.

È proprio questa, la pesante eredità che ci lascia il Covid: la fiducia nella scienza e negli scienziati è crollata. Come siamo arrivati a questo penoso epilogo? A fare da apripista è stata, negli anni Cinquanta, l'industria del tabacco, che ha influenzato i media, l'opinione pubblica e l'attività legislativa. L'industria farmaceutica non ha fatto altro che seguire la stessa tabella di marcia. Se dunque i progressi della scienza ci avevano proiettato fuori dal Medioevo e dentro al futuro, qualcosa è andato storto. *Nature* «non sa perché», pur osservando che l'in-

dice di rilevanza dei paper scientifici tra il 1945 e il 2010 è crollato di oltre il 90%.

Un altro articolo, uscito sulla rivista peer-reviewed *Sni*, prova a dare un nome a questa crisi della scienza: «L'industria farmaceutica è pericolosa per la salute. La conoscenza è profondamente manipolata da società e corporazioni dannose, i cui obiettivi sono fare business e sopprimere la nostra capacità di operare scelte consapevoli, al fine di acquisire il controllo globale della salute pubblica». Conclusione banale, forse, ma plausibile.

Ioannidis lo aveva segnalato già 12 anni fa. «I conflitti di interesse abbondano e influenzano i risultati. L'industria adatta i programmi di ricerca per soddisfare le sue esigenze, il che modella anche le priorità accademiche, le entrate delle riviste e persino i finanziamenti pubblici». La pandemia ha offerto più di un esempio di ricerche distorsive, soprattutto sui temi tabù: cure, mascherine, origine del virus, vaccini ed eventi avversi, vaccinazione dei bambini. Il più eclatante è stato il famoso studio sulla idrossiclorochina (Icq). Il 20 maggio 2020, **Donald Trump** rivela di aver iniziato una profilassi preventiva del farmaco. Appena due giorni dopo, la prestigiosa rivista *The Lancet* stronca l'Icq, l'Oms blocca i trial e anche Aifa ne sospende l'uso. Il 2 giugno 2020, colpo di scena: *The Lancet* pubblica una nota di scuse e ritira lo studio. Ma la notizia è oscurata dai media e nel frattempo vengono suggeriti farmaci alternativi come il Remdesivir della Gilead.

A novembre 2020, uno stu-

dio di **Didier Raoult**, uno dei più citati microbiologi al mondo (h-Index 167), dimostra che molti medici francesi, che pubblicamente avevano demolito l'Icq per promuovere il Remdesivir, sono a libro paga della Gilead. A febbraio 2021 una review della Cochrane collaboration analizza nuovamente l'Icq limitandosi a «non rilevare una valenza significativa nel migliorare la prognosi della malattia». Ma la reputazione del farmaco è ormai segnata e **Raoult** è allontanato dall'Istituto che dirige.

Un altro tabù, oggetto di discussione scientifica, riguarda le mascherine. Ancora a fine novembre 2022, il televirologo **Roberto Burioni** ne ha promosso l'uso, suggerendo la lettura di uno studio di *Nejm* non randomizzato, che ne sosteneva l'utilità «per mitigare il razzismo». Ancora peggio ha fatto il Department of health britannico il 5 dicembre 2022, pubblicando una review su 25 studi per affermare che «le mascherine riducono la diffusione del Covid in comunità». «La review è piena di errori», hanno confutato **Carl Heneghan**, epidemiologo a Oxford, e **Tom Jefferson**, autore della Cochrane Collaboration, «e gran parte degli studi citati sono osservazionali». Gli unici due randomizzati (Bangladesh e Danimarca) dimostrano infatti che non c'è evidenza che le mascherine siano efficaci in comunità. «Sta succedendo qualcosa di strano», hanno scritto **Heneghan** e **Jefferson**, «i politici vogliono che continuiamo a indossare le mascherine: perché? Perché pensano che l'importante sia far vedere che fanno qualcosa; anche se

questo "qualcosa" non è basato sull'evidenza».

Un altro clamoroso esempio è l'articolo «The proximal origin of Sars-CoV-2» pubblicato il 17 marzo 2020 su *Nature*, in cui gli scienziati **Andersen**, **Rambaut**, **Lipkin**, **Holmes** e **Garry** sostengono la tesi dell'«origine naturale» del virus. Ci sono voluti due anni per scoprire che appena un mese e mezzo prima, il 31 gennaio 2020, sia **Andersen** sia **Garry** avevano avvisato **Anthony Fauci**, consigliere scientifico del presidente **Joe Biden**, del contrario: «L'origine naturale è praticamente impossibile», scrivevano. **Fauci** però temeva la diffusione della tesi dell'incidente di laboratorio, perché gli Usa finanziavano quello di Wuhan. Dopo la clamorosa inversione di rotta e la pubblicazione su *Nature*, **Garry** e **Andersen** hanno ricevuto una sovvenzione dal Niad di **Fauci** di 8,9 milioni di dollari.

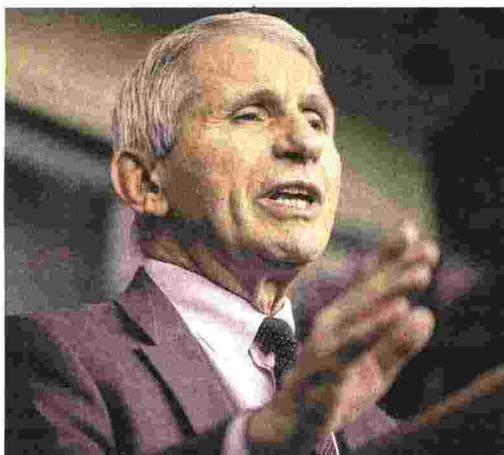
E come non dimenticare gli studi sulle «rare e lievi» miocarditi post vaccino, diffusi dal guru del nostro **Roberto Burioni**, il professor **Eric Topol**? Ancora il 3 ottobre 2022, **Topol** ha pubblicato su Twitter i risultati di un report, evidenziando l'incidenza «nella fascia 5-39 anni», sic, e concludendo trionfante che «i benefici della vaccinazione mRNA superano di gran lunga il rischio». È toccato a **Vinay Prasad**, epidemiologo all'università della California, smontarlo: «Spesso **Topol** fornisce analisi scarse e sbagliate su molti argomenti», scrive **Prasad**. «In questo tweet, ad esempio, accosta i risultati dei dati di bambini di 5 anni a quelli di giovani di 25 anni. Eppure è ben noto che la miocardite post vaccino è in gran par-

te un fenomeno post-puberale. **Topol**», continua **Prasad**, «accorpa inoltre dati di ventenni con dati di uomini di 39 anni e, stenterete a crederci, dati di uomini con dati di donne». Utile chiarimento, se non fosse che **Topol** è uno degli scienziati più generosamente finanziati al mondo: il «suo» centro di ricerca Scripps Research risulta aver percepito oltre 6 miliardi di dollari di finanziamenti pubblici dal Nih di **Collins** e **Fauci** in poco più di un decennio, oltre alle sovvenzioni private di **Bill Gates**.

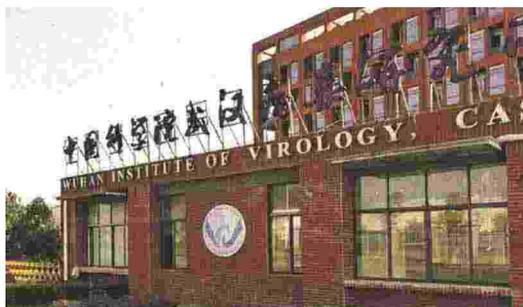
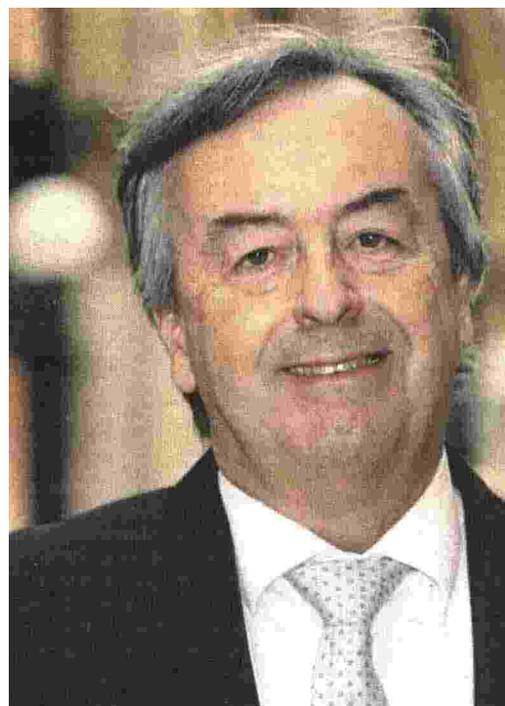
L'ultimo caso riguarda l'Italia, e la massima istituzione in materia di salute pubblica: l'Istituto superiore di sanità. Il 10 dicembre 2021 l'Iss ha pubblicato sul proprio sito una fake news che è ancora online. «Sia pure in misura minore, anche nell'età infantile l'infezione da Sars-CoV-2 può comportare rischi per la salute», scriveva l'Iss, «tanto è vero che circa 6 bambini su 1.000 vengono ricoverati in ospedale e circa 1 su 7.000 in terapia intensiva». Ora, se i bambini di 5-11 anni (cui era diretta la campagna vaccinale in quei mesi) sono 3.194.351 e tra loro ci sono stati 1.453 ricoveri, basta dividere 1.453 per 3.194.351 e moltiplicare per 1.000 per scoprire che il risultato non è «6 su 1.000» come scrive l'Iss, ma 0,455 su 1.000. E basta dividere 36 terapie intensive per 3.194.351 bambini per scoprire che i bambini in terapia intensiva per Covid non sono «1 su 7.000» come scrive l'Iss, ma 1 su 88.732.

«La capacità di dimostrare qualcosa di falso deve essere un segno distintivo della scienza», sosteneva ottimisticamente **Ioannidis** nel 2011. C'è riuscita? Si direbbe proprio di no.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RICERCA A lato, Anthony Fauci; qui sotto, Roberto Burioni; in basso, il laboratorio virologico di Wuhan in Cina [Ansa]



SULL'ANALISI DELLE MISURE DI DISTANZIAMENTO

Uno statistico prende in castagna Brusafarro

Demolita una ricerca firmata dal presidente dell'Iss e da altri soloni del ministero

■ Cosa penserà un cittadino italiano apprendendo che l'«evidenza scientifica» che lo ha tenuto a casa per mesi durante il Covid non era tale? Tutto nasce dai famigerati dpcm dell'ex presidente del Consiglio **Giuseppe Conte**: il 24 ottobre 2020 il premier dispone l'istituzione delle zone a colori, del coprifuoco e della Dad. «Ce lo dice la scienza», si giustifica **Conte**. Passerà quasi un anno prima che la rivista *Nature Communications* pubblichi, a luglio 2021, lo studio che avrebbe dovuto dimostrare che quelle decisioni erano corrette. Gli autori senior sono proprio i suggeritori delle restrizioni governative: il presidente dell'Istituto superiore di sanità **Silvio Brusafarro**, membro del Comitato tecnico scientifico, e **Stefano Merler**. Questi è un esperto di modelli matematici e svolge la sua attività alla Fondazione Bruno Kessler (presieduta da **Francesco Profumo**), ente privato che lavora con Iss, ministero della Salute e Inail e collabora con diversi atenei, tra cui la Fudan University di Shanghai.

Il 30 aprile 2020 sono proprio gli scienziati della Fudan a firmare su *Science* insieme con **Merler** lo studio Zhang et Al., sulle misure di distanziamento che, secondo gli autori, hanno permesso alla Cina di fermare il Covid. **Merler** è specializzato in modelli matematici predittivi: a maggio 2021 aveva vaticinato «fino a 1.300 morti al giorno a metà luglio», ma il 15 luglio 2021 i decessi furono 23. Tant'è che lo stesso **Mario Draghi** rilevò pubblicamente e polemicamente l'incongruenza, malcelando lo stupore.

Anche lo studio Manica et. Al, firmato da **Merler** e **Brusafarro**, ha inanellato una serie di errori, spiegati dallo statistico **Maurizio Rainisio**, che ha lavorato nella ricerca clinica e nell'epidemiologia per molte grandi industrie farmaceutiche. Secondo **Rainisio**, «i dati riportati nell'articolo sono semplicemente

incompatibili con i dati osservati. Non c'è alcuna evidenza scientifica che le zone abbiano influito in modo positivo sull'andamento dell'epidemia, il rapporto causa-effetto non è dimostrato: le valutazioni del loro studio sono stati giochi di prestigio più pericolosi che inutili». Un esempio? «Gli autori hanno paragonato l'Rt della settimana di inizio restrizioni a quello di tre settimane dopo, osservando che nella settimana 1 era più alto rispetto alla settimana 3, per poter dire che le restrizioni "funzionavano". Ma l'Rt era già in discesa nello stesso modo tre settimane prima dell'introduzione delle zone, e dunque non ha affatto influenzato il calo». Sulla base di questa «scienza» l'Italia ha chiuso i battenti e l'economia è andata a picco.

M. Loy

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA **JOHN IOANNIDIS**

«Nessuna evidenza che i lockdown funzionino davvero»

L'epidemiologo: «Le decisioni sono state prese su dati scorretti Anche le vaccinazioni di massa restano questione contestata»

Lo scienziato più titolato per capire se possiamo ancora fidarci della scienza è John Ioannidis, uno dei più autorevoli epidemiologi al mondo. Professore all'università di Stanford, in California, docente di medicina, epidemiologia e scienze biomediche, tiene corsi di salute pubblica, statistica e metanalisi. Pioniere della medicina basata sull'evidenza, è lui che ha scritto, nel 2005, uno dei testi scientifici più consultati, dall'amicante titolo *Perché gran parte delle ricerche sono false* e, pochi anni dopo, l'articolo «Un'epidemia di false evidenze».

Era il 2011. Cosa è cambiato dopo dodici anni?

«Trasparenza, documentazione, accuratezza e condivisione dei dati sono aumentate. Quasi tutti dichiarano i conflitti d'interesse, anche se non sappiamo se in modo completo. Qualche miglioramento c'è stato».

Cosa è peggiorato, invece?

«Paghiamo il prezzo del successo. Girano tanti soldi intorno alla salute e alle politiche sanitarie pubbliche. La posta in gioco è più alta. Abbiamo modelli contorti e quintali di dati non necessariamente affidabili».

La qualità è diventata inversamente proporzionale alla quantità?

«È così. La scienza si è "covidizzata": quasi tutti i settori hanno pubblicato sul Covid, ma la qualità è bassa».

Quale eredità ci lascia la pandemia?

«Non del tutto negativa. Abbiamo l'opportunità d'imparare dai nostri errori, ma c'è stata una forte polarizzazione. Bisogna condividere i dati, essere trasparenti, fare più trial randomizzati».

Quali sono stati i maggiori tabù?

«Quelli di cui, paradossalmente, ancora si discute: lockdown, mascherine, vaccini, strategie di vaccinazione, bambini. Argomenti tabù, ma al tempo stesso ne ha parlato chiunque: un mix esplosivo. Certo, riguardano la vita delle persone, ma non è un clima adatto per la ricerca».

Che cosa pensa oggi dei lockdown?

«Non c'è stata evidenza che funzionassero. Le decisioni sono state adottate in un clima di paura e si sono basate quasi sempre su dati non corretti. È ormai chiaro che non hanno salvato vite, anzi. Sono stati fatti molti errori, ma non è facile ammetterli».

A causa delle pressioni politiche?

«Certo. Gli errori in politica diventano vessilli ideologici di una posizione che si finisce con il supportare a prescindere, anche se è falsa».

C'è finalmente consenso sul fatto che non si doveva fare una vaccinazione di massa?

«No, rimane una questione contestata. Diversi paesi sono stati molto aggressivi sugli obblighi, generando sfiducia nei confronti della gestione sanitaria. Di conseguenza molti cittadini si sono fissati sulla narrazione che i vaccini uccidono le persone. Non siamo stati capaci di comunicare: abbiamo bisogno di evidenze rigorose e di trasmetterle alla gente, lasciandola però libera di decidere».

Succederà?

«Non ne sono sicuro. L'approccio attuale è di continuare a offrire richiami a ogni stagione, con pochi dati immunologici e i prezzi dei vaccini che lievitano: in America siamo passati da 20 dollari a dose a

130 dollari».

Negli Usa hanno inserito l'anti Covid nelle vaccinazioni pediatriche di routine...

«Sono assolutamente contrario a qualsiasi tipo di obbligo, è una strategia inefficace. I genitori devono avere le informazioni per poter decidere liberamente».

Cosa pensa della censura sugli scienziati, emersa dopo la pubblicazione dei «Twitter files»?

«Ognuno di noi ha capito che è stata strisciante ma pesantissima. Molti miei colleghi - peraltro davvero competenti sul tema - si sono autocensurati. Chi ha cercato di fare qualcosa è stato diffamato, censurato, distrutto».

È stato un fenomeno diffuso?

«Io stesso e tanti altri abbiamo avuto minacce di morte, anche rivolte ai nostri familiari. La mia vita è stata in molti casi orribile, solo perché cercavo di "fare scienza". Io non ho inclinazioni politiche, voglio soltanto verificare i miei errori per ottenere evidenze più affidabili. Dobbiamo sapere chi c'è dietro la macchina della censura: lo dobbiamo alla scienza e ai cittadini. Al tempo stesso non dobbiamo assecondare la cultura dell'odio».

Le persone ora si fidano meno della scienza...

«L'unica soluzione è più trasparenza. Non si ricostruisce la credibilità della scienza dicendo che non sbaglia. Guai a considerarla come una religione».

In Italia, in nome del vaccino, è stato perfino impedito di lavorare.

«Lo so, è orribile. Non credo nell'obbligo. La letteratura suggerisce che gli obblighi au-

mentino le adesioni nel breve termine, ma generino perdita di fiducia nel lungo periodo. Credo che i colleghi contrari all'obbligo siano moltissimi».

Domanda da un milione di dollari: la minore letalità del Covid, di cui parla nel suo ultimo paper, dipende dai vaccini o da Omicron, più «gentile»?

«Si muore di meno perché il virus è meno aggressivo, perché ci siamo infettati tutti più volte e perché ci siamo vaccinati. Abbiamo anche più trattamenti e farmaci come il desametasone o il Tocilizumab. E poi abbiamo meno paura e un approccio più calmo al trattamento. È difficile dire quale di questi fattori abbia inciso di più, non si può fare un'equazione a cinque incognite».

Non è soprattutto grazie ai vaccini?

«È ingenuo dire che è soltanto per merito delle vaccinazioni. Qualcuno ha scritto che i vaccini hanno risparmiato 20 milioni di vite: è una speculazione, un ragionamento molto debole, che aumenta la sfiducia verso la scienza. Anche un bambino capisce che un'equazione a cinque incognite non può essere risolta».

Perché è così difficile parlare di eventi avversi?

«C'è un mix di tendenze estreme. Una parte della popolazione vuole nascondere le informazioni, un'altra parte le esaspera. Dobbiamo prestare attenzione agli eventi avversi e migliorare la farmacovigilanza».

Le istituzioni continuano a dire che il beneficio sui giovani supera il rischio...

«Devono essere libere di dirlo, ma portando dati a supporto. È la loro reputazione a essere in gioco. Se sbagliano una, due, tre volte, la gente comincerà a farsi domande».

In Italia non siamo stati molto fortunati...

«Nessuna raccomandazione deve passare sopra la volontà dei singoli. Alcune sono molto ragionevoli, ma se qualcuno non vuole assumere farmaci per qualsiasi ragione, deve essere rispettato».

C'è la sensazione che lo schema sia rimasto lo stesso...

«Molti politici stanno cercando di salvare la faccia, perché sono stati fatti così tanti errori che non è facile dire "ho sbagliato". È più semplice, per loro, abbandonare con disin-

voltura quel paradigma, pur continuando a difenderlo. Abbiamo però bisogno di pace e di riconciliazione».

Nella comunità scientifica c'è questa consapevolezza?

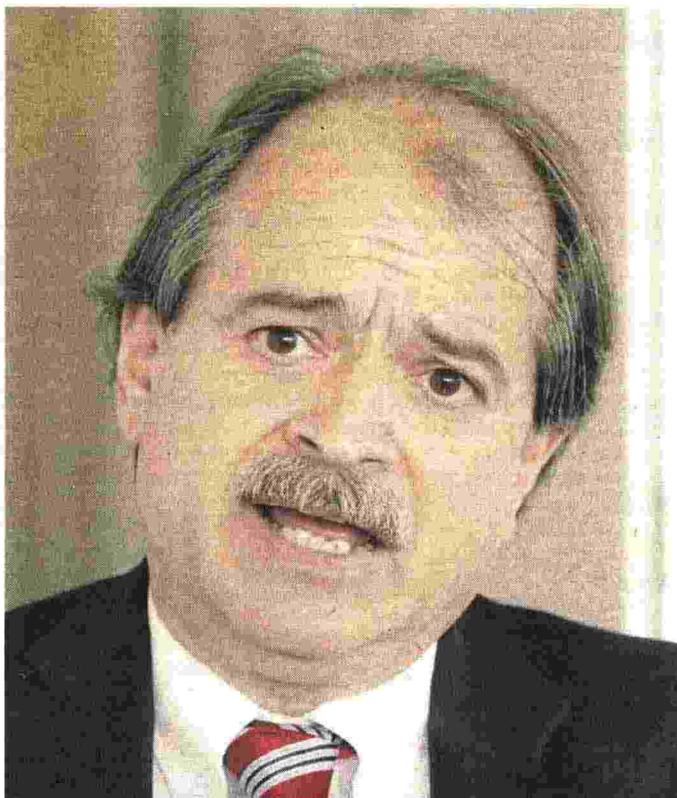
«Ci vuole tempo. Molti colleghi pensano che ammettere gli errori sia interpretato come un segno di debolezza».

Basti vedere come si parla oggi della Cina rispetto al passato. A proposito, questo vaccino cinese funziona o no?

«Questo è il tipico esempio in cui serve trasparenza. Non abbiamo molti dati, forse funzionano meno, ma non è vero che non funzionano. È un peccato se alcune attitudini come la mancanza di trasparenza o l'autocensura sono riprodotte in Europa o negli Stati Uniti».

M. Loy

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANALISI John Ioannidis: insegna all'università di Stanford in California



ECCO CHE COSA DEVE APPURARE UNA COMMISSIONE D'INCHIESTA SERIA

PIÙ RESTRIZIONI, PIÙ VACCINI, PIÙ MORTI

È il drammatico bilancio della reazione italiana alla pandemia. I dati comparati tra i vari Paesi dimostrano che non c'è alcuna relazione causa-effetto tra misure liberticide o copertura vaccinale e minore extramortalità. Anzi. Un ulteriore colpo al green pass
L'altra lezione del Covid: risultati degli studi spesso alterati a vantaggio di Big pharma

di **MATTEO LORENZI**

■ A distanza di tre anni dallo scoppio della pandemia, mentre proprio nei giorni scorsi abbiamo «celebrato» l'anniversario del decreto che diede il la alle discriminazioni dei non vaccinati, abbiamo la possibilità di consultare dei dati statistici consolidati, quantomeno sul 2020 e sul 2021, e partendo da alcune semplici elaborazioni di trarre conclusioni difficilmente oppugnabili.

Partiamo dall'eccesso di mortalità registrato nel 2020 rispetto alla media dei decessi avuti tra il 2015 e il 2019. I dati che seguono sono tratti dai siti web degli istituti di statistica nazionali di tutti i Paesi presi in esame. La classifica ci vede, tra i Paesi Ocse, al nono posto (+16,4%); tra gli Stati avanzati sopra di noi figurano soltanto Stati Uniti (+21,2%) (...)

segue a pagina 6

MADDALENA LOY
alle pagine 8 e 9



► COVID, LA RESA DEI CONTI

Dramma Italia: più divieti, più sieri, più morti

I dati dimostrano che la nostra strategia contro la pandemia è stata fallimentare da ogni punto di vista: nonostante l'alto tasso di inoculazioni e restrizioni record, siamo sul podio per numero di decessi. Ora la commissione d'inchiesta deve dare risposte

Segue dalla prima pagina

di **MATTEO LORENZI**

(...) e Spagna (+17,3%). La Germania registra un +5,7%, la Francia +10,9%, il Portogallo e l'Olanda rispettivamente +11,4% e +12,2%, l'Austria +10,5%, la Svizzera +13,9%, la Svezia +7,9%, Israele +9%, il Regno Unito +13,9%. Se rapportiamo l'eccesso di morti alla popolazione finiamo addirittura al quarto posto, con sopra di noi soltanto Slovenia, Polonia e Messico.

«Ma noi siamo stati i primi a essere colpiti dal virus!». Poniamo che ciò sia vero, e non c'è motivo di dubitarne, questo dovrebbe implicare un netto miglioramento in classifica se analizziamo solo i dati della seconda parte dell'anno, tra luglio e dicembre. Per cominciare, l'Italia registra in quel periodo di tempo il 18,4% di morti in più rispetto alla media dei decessi 2015/2019 (più del valore complessivo annuale). Effettivamente, Paesi come la Svizzera e il Portogallo fanno peggio di noi in quel lasso temporale, con rispettivamente un +27,9% e +20%, cifre nettamente maggiori del loro dato annuale (che comunque è inferiore al nostro). La stessa dinamica, però, non si riflette in altri Stati: Israele, Olanda e Germania registrano rispettivamente un +15,3%, +13,7% e +11,6%. Nel Regno Unito non si osserva nemmeno un aumento superiore, in quei mesi, alla media dell'intero anno: 9% di morti in più tra luglio e dicembre del 2020, a fronte di un eccesso del 13,9% sull'intero anno. Lo stesso dicasi per la Svezia, che scende a +5,2%, rispetto a un dato annuale di +7,9%. Pare abbastanza evidente che l'obiezione non tiene.

«Chi ha avuto meno decessi aveva più restrizioni!». Purtroppo no. L'università

di Oxford ha elaborato un sistema piuttosto articolato per misurare numericamente il livello di restrizioni presenti in ogni Paese in un determinato momento. Si chiama Stringency index ed è parte dell'Oxford Covid 19 government response tracker della Blavatnik school of government. Con tutti i limiti che uno strumento del genere può avere, aiuta senz'altro a delineare un quadro generale. La media dell'Italia tra marzo e dicembre del 2020 è di un indice di restrizioni pari al 74,2%, al terzo posto tra i Paesi Ocse. Sopra di noi soltanto Colombia e Cile. Saliamo al primo posto se prendiamo la media tra marzo e giugno, e al secondo se ci concentriamo sul periodo tra settembre e dicembre (qui ci precede soltanto il Cile). La media annuale della Germania è 60,9%, dell'Olanda 59,7%, della Svezia 58,1%, della Svizzera 50,3%, del Regno Unito 66,8%. Nel 2020 registriamo tra i Paesi avanzati uno dei peggiori rapporti (se non il peggiore) tra eccesso di mortalità e limitazioni della libertà, mentre emerge piuttosto chiaramente che non sussiste alcuna correlazione statistica tra inasprimento delle restrizioni e minor numero di decessi.

«Il 2020 non conta, eravamo tutti impreparati. Bisogna guardare al 2021!». Guardiamoci. Sempre in rapporto alla media 2015/2019, l'eccesso di mortalità in Italia è del 10,3%, al 23° posto tra i membri dell'Ocse. Gli Stati avanzati sopra di noi sono Austria (+11%), Portogallo (+12,7%), Israele (+13,2%) e Stati Uniti (+23,8%). Merito della campagna vaccinale? Insomma. Al 31 dicembre 2021, i vaccinati in Colombia secondo *Ourworldindata* (da qui i dati sui vaccini) sono il 74% della popolazione, ma l'eccesso di mortalità rispetto al quinquennio di riferimento è del

56,9%. Gli Stati Uniti contano il 73,5% di popolazione vaccinata, non una cifra insignificante, ma come visto registrano il 23,8% di decessi in più, mentre in Lettonia si osserva il 21,5% di mortalità in eccesso a fronte di un tasso di vaccinazione del 71%. L'Italia è all'82%, mentre il Portogallo, che come abbiamo visto ha un eccesso di mortalità superiore al nostro, vanta ben il 91,3% di popolazione vaccinata. La Svezia l'ultimo giorno dell'anno aveva vaccinato il 73% della popolazione, come gli Stati Uniti e meno di noi, ma la sua mortalità è molto vicina a quella della media 2015/2019: soltanto l'1,1% in più. In Austria è vaccinato il 75%. In Svizzera a fine 2021 i vaccinati sono il 68,2% della popolazione, quasi il 14% meno di noi, ma l'eccesso di mortalità è del 6,4%, quasi il 40% in meno del nostro. È quindi evidente che il numero di vaccinati sull'intera popolazione non è in grado di spiegare le differenze di mortalità. Cade anche il secondo pilastro su cui si è retta la retorica dei lasciapassare vaccinali, dopo la millantata garanzia di trovarsi tra persone non contagiose. Quando la realtà ha smentito questa assurda dichiarazione - pronunciata in un momento in cui bastava osservare i dati di Israele, più avanti di noi con la campagna vaccinale, per sapere che fosse un'idiozia - i fautori delle discriminazioni tramite carta verde si sono appellati alla necessità di ridurre, attraverso i vaccini, l'occupazione degli ospedali, senza mai ricordare che i ricoverati sotto i 50 anni erano statisticamente irrilevanti. Il tempo, però, è galantuomo: i dati mostrano chiaramente che non c'è nessuna correlazione statistica tra vaccinazione di massa e diminuzione dei morti. Per avere una correlazione, bisognerebbe forse consultare i dati sulla per-

centuale di over 60 o 70 vaccinati, allora forse si troverebbe qualcosa. Obbligare i giovani a inocularsi un vaccino fatto in fretta e furia è stato, prima che criminale, privo di ogni fondamento. Altro che scienza.

In riferimento al 2021, lo Stringency index di Oxford si fa ancora più interessante, perché si arricchisce di una suddivisione interna: il parametro riferito ai no vax, quello riferito ai vaccinati e una media tra i due valori. Per quanto riguarda la media annuale dell'indice di restrizioni sui no vax, l'Italia si colloca al secondo posto, col 72,6%; sopra di noi solo la Grecia, col 74,8%. Per quanto riguarda la media annuale per i vaccinati, siamo al quarto posto con il 61,3%, ma scendiamo al nono, con il 44,4%, se si prende come riferimento il periodo settembre-dicembre, dove l'ammontare delle vaccinazioni iniziava a consentire maggiori discriminazioni. Torniamo al quarto posto se esaminiamo la media annua del valore medio tra i due parametri precedenti, con sopra di noi soltanto Grecia, Canada e Cile. Se infine si calcola la differenza tra il valore medio annuo per i no vax e lo stesso dato per i vaccinati - parametro che costituisce una sorta di indice di discriminazione - l'Italia si colloca al quarto posto, con sopra di noi soltanto Lituania, Turchia e Francia. Se si restringe il campo al periodo settembre-dicembre, però, saliamo addirittura al terzo.

I dati dicono che, tra gli Stati avanzati, siamo stati tra i peggiori. Eppure, chi ha guidato l'Italia nelle fasi dell'emergenza continua ad autoassolversi, rivestendo i provvedimenti presi di una sacralità scientifica incontrovertibile. È abbastanza palese, però, che se fossero state scelte obbligate e non, come d'altra parte appare evidente, politiche, tutti i

Paesi si sarebbero mossi allo stesso modo, cosa che invece non è successa. Si possono giustificare reazioni fuori misura nelle prime fasi della pandemia, quando la mancanza di informazioni sul virus dava adito al panico. E se vogliamo essere ancora più comprensivi, si può anche riconoscere che la gestione dell'emergenza sarebbe stata difficile per chiunque, dal momento che era un continuo navigare a vista verso l'ignoto. Quello che invece è inammissibile, oltre alle pesanti discriminazioni che una fetta non marginale di popolazione ha dovuto subire, è che i protagonisti di allora, invece di ammettere i propri errori e il proprio fallimento, vadano ancora in giro pontificando ed esigendo che tutti riconoscano l'insindacabilità del loro operato, nonché la validità del loro paradigma, scappando dalle responsabilità politiche grazie alla copertura di una pseudo scienza.

Una cosa deve essere chiara: i dati dicono che non c'era nulla di necessario in quelle scelte, nelle restrizioni più rigide, nelle zone colorate, nei coprifuoco insopportabili o nell'odio che è stato montato contro presunti «no vax» di ogni genere e di ogni età. Sono state pure e semplici scelte politiche, per di più infondate e fallimentari, su cui è ora di dare un giudizio definitivo. Questo è ciò che dovrà appurare la commissione d'inchiesta che verrà istituita nei prossimi giorni: non soltanto frodi, mazzette e piani pandemici, ma soprattutto la liceità o meno delle misure più liberticide del mondo avanzato, promosse a colpi di dpcm senza che nemmeno ne siano derivati risultati migliori in termini di mortalità e salute pubblica. Ed è giusto che a condurre l'indagine sia il neo-eletto Parlamento, ossia i rappresentanti che il popolo sovrano si è scelto per avere delle risposte dopo una legislatura drammatica. I futuri componenti della commissione non possono non avvertire la responsabilità che hanno davanti ai cittadini di far emergere e mostrare loro la verità.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Gli studi provano
che il green pass
non è servito a nulla
Ma nonostante questo
la sinistra continua
a difenderlo
usando teorie
pseudoscientifiche*

*Ci siamo piazzati
sempre in testa
allo Stringency
index dell'università
di Oxford sui limiti
imposti dai governi
alla libertà. Peggio
solo Cile e Colombia*

IL RISVEGLIO

Le Regioni a Roma:
«Così la sanità
rischia il crac»

■ «Risorse insufficienti», «sostenibilità dei bilanci a rischio», «carenza di personale» che crea «quotidiani disservizi». Fuori tempo massimo, le Regioni, per bocca di Raffaele Donini, assessore alla Sanità in Emilia Romagna e coordinatore della commissione Salute delle Regioni stesse, si svegliano. Donini ha spedito una missiva al ministero della Salute e al Mef, in cui denuncia il pericolo crac per il Ssn, aggravato dall'aumento dei costi delle materie prime e dei consumi energetici. Peccato solo che gli amministratori locali fossero quelli che imploravano Mario Draghi - certo non protagonista di una stagione di vacche larghe - di restare a Palazzo Chigi, magnificando la grande illusione del Pnrr.



IL REPORT AIFA

Flop degli antivirali Le prescrizioni sono in picchiata

■ Mentre è di settimana scorsa la notizia secondo cui la Cina sarebbe in trattativa con Pfizer per avviare una produzione in loco del Paxlovid, in Italia l'utilizzo di antivirali contro il Covid registra una netta discesa. A certificarlo l'ultimo report dell'Aifa, secondo cui, nel periodo dal 5 all'11 gennaio, le prescrizioni di Molnupiravir della Merck sono scese di oltre il 40%, mentre quelle per il Paxlovid di Pfizer hanno avuto una flessione del 33,5%. Per quanto riguarda il Remdesivir, si osserva un calo del 30,7% per i non ospedalizzati e del 20,6% per i ricoverati nel periodo dal 4 al 10 gennaio. Questi farmaci sono reperibili in farmacia e si possono assumere anche da casa. Nel complesso, infatti, i pazienti curati a domicilio con Molnupiravir e Paxlovid sono 176.445, di cui 61.343 con il primo e 115.102 col secondo. In riferimento al Remdesivir, infine, sono 30.772 i pazienti non ricoverati ad averne fatto ricorso, mentre gli ospedalizzati a cui è stato somministrato sono 112.592.



ANCORA DIFFICOLTÀ NEL REPERIMENTO DI MEDICINALI

Farmaci mancanti, ci sono alternative»

Farminindustria: usate gli equivalenti. Federfarma: stiamo incentivando le preparazioni galeniche

VITO SALINARO

Le carenze di farmaci non sono tali da giustificare allarmismi, anche perché, nella gran parte dei casi, molti prodotti si possono «sostituire con gli equivalenti», o rimpiazzare con preparati «della medesima indicazione terapeutica». Il presidente di Farminindustria, Marcello Cattani, insiste: «I cittadini non si spaventino e non facciano autoprescrizioni ma si riferiscano ai medici e ai farmacisti» per avviare «al medicinale che manca».

Proprio i farmacisti offrono una opportunità concreta ai cittadini, specie chi possiede un laboratorio galenico e ha la possibilità di fornire «alternative per alcune specialità senza obbligo di ricetta medica, ad esempio nel caso del paracetamolo e dell'ibuprofene, entrambi in sciroppo. Un impegno che c'è stato già in passato - spiega il presidente nazionale di Federfarma, Marco Cossolo -. Stiamo quindi intervenendo e incentivando l'allestimento in farmacia di preparazioni galeniche. Stiamo anche lavorando sulle interpretazioni normative laddove non si trova il farmaco equivalente». Difficile fare di più. «Non siamo Harry Potter - aggiunge Cossolo -. Le carenze sono frutto di tanti fattori, ma c'è anche un problema di un sistema che va riformato. Ora ci occupiamo di questa carenza ma occorrerà cambiare». Entrando nel merito dei motivi della mancanza di alcuni farmaci sugli scaffali, Cossolo ricorda che «la situazione internazionale non aiuta la reperibilità di materie prime», ma pesano anche «le scelte fatte sul-

la delocalizzazione della produzione a seguito della pressione sui prezzi dei farmaci a carico del Servizio sanitario nazionale». Infine, «c'è anche un problema di approvvigionamento dei principi attivi». Della partita sono anche i produttori dei farmaci generici, equivalenti e biosimilari, la cui associazione, "Egualia", invoca una discussione sul tema della sostenibilità industriale «per non rischiare criticità e carenze insormontabili». Gli equivalenti, afferma il presidente dell'organismo, Enrique Häusermann, «rappresentano uno strumento terapeutico importantissimo per gli operatori sanitari. Il Servizio sanitario nazionale, anche e soprattutto grazie alla presenza di equivalenti e altri prodotti a brevetto scaduto, offre alternative per far fronte all'attuale carenza. Per cui - osserva Häusermann - è bene richiamare tutti al senso di responsabilità per evitare la sindrome da accaparramento. Ma c'è un'altra ampia fascia di prodotti ad alto rischio di cui dovremo preoccuparci», avverte il presidente di Egualia: «Ben il 26% degli equivalenti venduti in farmacia ha un prezzo inferiore o uguale a 5 euro: sono quelli a rischio di sostenibilità industriale assieme a tutte le forme iniettabili sterili vendute agli ospedali, tra cui figurano farmaci essenziali e salva vita, molti oncologici». La regolamentazione dei prezzi «non consente adeguamenti all'inflazione per i farmaci rimborsati dal Ssn e rende impossibile rinegoziare i prezzi di aggiudicazione delle procedure di acquisto pubbliche. Questo stallo - ammonisce - rischia di determinare in futuro l'interruzione delle forniture o il ritiro dei relativi prodotti dal mercato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'invito ai cittadini è di evitare autoprescrizioni ma di riferirsi ai medici e ai farmacisti. L'associazione "Egualia": occorre affrontare il nodo della sostenibilità industriale



Napoli, agenti negli ospedali più a rischio

►Dopo l'annuncio di Piantedosi Schillaci: decongestionare le corsie

Continua in tutta Italia la scia di violenza e aggressioni ai danni del personale sanitario impiegato nelle prime linee: fenomeno che alimenta la fuga dei camici bianchi mentre diventa sempre più difficile reclutarli. Dopo l'intervento del ministro Piantedosi a Napoli subito agenti negli ospedali più a rischio: Cardarelli, Pellegrini e Ospedale del Mare. Emilio Bellinfante, primario del pronto soccorso del Pellegrini spiega: «Sicuramente è un deterrente contro le aggressioni ma non è questa l'unica soluzione. Occorre intervenire su tutto quello che sta attorno ed alimenta i super afflussi di pazienti creando lunghe, attese, caos e grande stress». E il ministro Schillaci: «Ora decongestionare le corsie».

Mautone e Piovani a pag. 8

Le misure dell'esecutivo

Il colloquio **Orazio Schillaci**

«I nostri Pronto Soccorso devono essere svuotati»

►Il ministro della Salute: «Più medicina territoriale, per il governo è la priorità» ►Corsi di formazione per i sanitari: «Con i pazienti si può imparare a comunicare»

In questi giorni il ministero della Salute sta elaborando un dossier sugli ospedali più a rischio. Si raccolgono le informazioni per capire dove gli episodi di violenza nei confronti di medici e infermieri avvengono con maggiore frequenza. «Stiamo mappando gli ospedali in cui si sono registrate più aggressioni e in settimana avremo i dati» spiega il ministro Orazio Schillaci. «Il ministro dell'Interno Piantedosi ha scelto giustamente di partire dalle grandi città: da Roma, Napoli e Milano». Ma il compito di Schillaci e del suo dicastero ovviamente non si esaurisce nel lavoro di mappatura. Il fenomeno delle violenze in corsia è certamente una questione di ordine pubblico, ma a volte è anche la conseguenza del malfunzionamento delle strutture sanitarie italiane. Se un paziente aggredisce un infermiere è un delinquente, e questo non si discute, ma a favorire gli episodi di violenza e intolleranza ci sono i tempi di attesa infiniti, le barelle nei

corridoi, i medici che sono sempre troppo pochi. La sicurezza del personale sanitario si può garantire se si interviene su più fronti.

LA PRIORITÀ

Prima di tutto bisogna riportare il pronto soccorso a una condizione di normalità. «Dobbiamo decongestionarli» dice Schillaci. «Forse è la misura più importante. È fondamentale che i malati arrivino al pronto soccorso soltanto quando ne hanno veramente bisogno. La strada è una sola: la medicina territoriale. Fino a oggi è stata l'anello debole del nostro sistema sanitario, ma ora è indispensabile rafforzarla, potenziarla, riqualificarla. Devono esserci altri luoghi in cui chi sta male riceve le prime cure». Sono cose che si dicono da anni, da decenni, ma alla fine c'è sempre l'ostacolo insormontabile delle risorse, che mancano. Questa volta però ci sono i soldi del Pnrr. «È una grande occasione da non perdere. Naturalmente è un lavoro complesso, perché

l'Italia è un paese grande e lungo, e il modello che funziona per una grande città del Nord magari non va bene per un territorio di provincia del Mezzogiorno. Dovremo tenere conto delle differenze, ma questa è la grande sfida che ci aspetta e che il governo affronterà con il massimo impegno nei prossimi mesi».

Un'altra iniziativa che il ministro della Salute vuole avviare è la formazione dei medici e degli infermieri impegnati in prima linea: chi lavora alla medicina d'urgenza, e in generale chi ha rapporti con i pazienti in situazioni critiche, deve sapere come si parla con un malato, come si riconosce un paziente potenzialmente aggressivo, e anche come si deve reagire all'inizio di un conflitto per evitare, se possibile, che si arrivi all'aggressione. «La formazione degli operatori va rinnovata, si può imparare a migliorare la comunicazione con i pazienti. Fermo restando che in molti casi i sanitari sono semplicemente vittime di atti delinquenziali, di comportamenti inqualificabili. Sapere come comportarsi può aiutare, ma fino a un certo punto».

Tornando poi alla questione dei finanziamenti, per Schillaci sono ovviamente indispensabili, ma al tempo stesso non sono tutto. «Se rileggo quello che si scriveva sui giornali sette anni fa o più, ritrovo le stesse cose che si dicono oggi. In questo decennio, anziché potenziare la sanità italiana, la si è defianziata, a parte la parentesi della pandemia, evento che non si verificava da cento anni e che ha portato risorse straordinarie ma per un periodo temporaneo. D'altra parte negli altri Paesi europei, Gran Bretagna, Francia, Spagna, Germania, i rispettivi sistemi sanitari vengono descritti in crisi tanto quanto il nostro. È segno che non si tratta solo di una questione di risorse, ma di modelli organizzativi». Perciò Schillaci parla di «una riorganizzazione generale» a cui pensa di sottoporre la sanità italiana.

LE UNIVERSITÀ

Mancano i soldi e mancano anche le persone. I medici. «C'è una carenza di personale in termini assoluti - dice il ministro - e credo che negli anni passati aver ridotto l'accesso alle facoltà di me-

dicina sia stato un errore. Ma soprattutto mancano figure specialistiche in alcune discipline. Bisogna rimediare. Mi viene da pensare che forse il problema principale sia che i medici del sistema sanitario nazionale sono pagati troppo poco». Per questo, sottoli-

nea Schillaci, succede che per rappare i buchi nelle corsie si ricorre sempre più spesso ai cosiddetti «gettonisti», liberi professionisti pagati o meglio strapagati a ore, mentre le Asl non riescono a trovare medici da assumere di ruolo. L'assenza di medici si

aggraverà, perché una generazione molto numerosa di dottori andrà in pensione, e i giovani che usciranno dalle università con una laurea in medicina sono molti di meno. «Per affrontare la gobba pensionistica a cui andiamo incontro, dobbiamo aumen-

tare il numero di iscritti nelle università. E dobbiamo farlo subito, perché se oggi facciamo entrare più gente a medicina i risultati li vedremo molto dopo».

Pietro Piovani

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHI È

Romano, 56 anni, prima di diventare ministro della Salute Orazio Schillaci è stato rettore a Tor Vergata, dove dal 2007 è ordinario di medicina nucleare



I MEDICI MANCANO ANCHE PERCHÉ LI PAGHIAMO TROPPO POCO: I "GETTONISTI" PRENDONO DI PIÙ, E INFATTI SI TROVANO



ALLARME SOCIALE

Sanità al collasso

Parcheeggiati in ospedale
Anziani soli, ricoveri infiniti

Nessuno può assisterli a casa: restano in reparto in media una settimana in più. Ogni anno 2 milioni di giorni di degenza impropria, per una spesa di 1,5 miliardi

di **Alberto Pieri**
ROMA

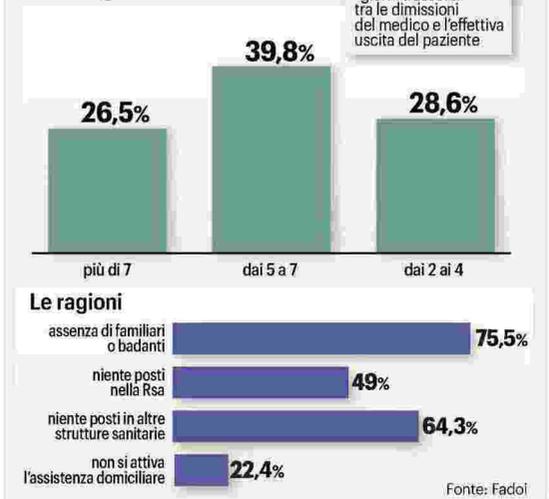
«E il vecchietto dove lo metto?». Motivo antico, problema attuale. Anzi, attualissimo. Circa un milione di anziani soli ricoverati in ospedale resta almeno una settimana più del necessario in reparto senza valido motivo clinico, ma solo perché non ha assistenza a casa. È la stima del Fadoi (Federazione delle associazioni dei dirigenti ospedalieri internisti) che mette in guardia sull'improprio sovraccarico di costi sanitari e di posti letto addebitabile a questa emergenza sociale. I numeri sono presto fatti: i ricoveri annuali in medicina interna sono circa un milione; la metà dei ricoverati, quindi 500mila, è over 70 e spesso

non ha nessun parente che possa seguire il post degenza, così almeno la metà di questo gruppo anagrafico - pari a 250mila anziani ogni anno - finisce per gravare su corsie e bilancio assai più del necessario, per un totale di 2,1 milioni le giornate di degenza in eccesso. Un numero che influisce non poco sull'intasamento degli ospedali e che, considerando il costo medio di una giornata di degenza (pari a 712 euro secondo l'Ocse) totalizza un miliardo e mezzo di euro

QUANTI SONO
La stima di Fadoi:
più di un milione
di posti letto
viene occupato
indebitamente

di spesa annuale sottratta all'autentica assistenza sanitaria. Inoltre, se si allarga lo sguardo al totale annuale dei ricoveri ospedalieri (5 milioni), gli occupanti indebitamente i reparti risultano più di un milione. Un problema. **Nel dettaglio**, una ricerca condotta dal Fadoi - in 98 strutture di medicina interna - svela infatti che dalla data di dimissioni indicata dal medico a quella reale passa oltre una settimana nel 26,5% dei casi, da 5 a 7 giorni nel 39,8% dei pazienti, mentre un altro 28,6% di degenti sosta dai due ai quattro giorni più del dovuto. Il 75,5% dei pazienti anziani rimane impropriamente in ospedale perché non ha nessun familiare o badante in grado di assisterli in casa, mentre per il 49% non c'è possibilità di entrare in una Rsa. Il 64,3% protrae il

L'emergenza*



ricovero oltre il necessario perché non ci sono strutture sanitarie intermedie nel territorio, mentre il 22,4% ha difficoltà ad attivare l'assistenza domiciliare. **Non si pensi** però alle medicine interne come a parcheggi per anziani soli. Quelli che vengono

ricoverati sono infatti pazienti complessi, che nell'80,6% dei casi richiedono comunque oltre sette giorni di degenza. Il problema è soltanto uno: quasi mai la data firmata delle dimissioni corrisponde a quella effettiva.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

