



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

15 SETTEMBRE 2022

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Da Palermo un aiuto per l'ospedale pediatrico di Kiev: in dono un ecografo di ultima generazione

Lo consegnerà personalmente un medico ginecologo palermitano, Giuseppe Valenti, con il patrocinio dell'Ordine dei Medici provinciale e grazie a una raccolta di fondi.

15 Settembre 2022 - di [Redazione](#)

L'**ospedale pediatrico** di **Kiev** è fra le strutture che registrano il maggiore aggravio di lavoro e responsabilità dall'inizio del conflitto. E' lì che c'è bisogno di un aiuto concreto ai medici e quindi alle famiglie di chi fugge dalla guerra. E per questo motivo da Palermo parte una iniziativa che migliorerà le condizioni dei pazienti e il lavoro dei medici.

Venerdì 16 settembre sarà consegnato nelle mani del direttore dell'ospedale pediatrico ostetrico di Kiev- Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine, in via Platona Majborody 8- diretto dal dottor Antypkin Yuriy Gennadyevich, **un ecografo** HM70 EVO portatile di ultima generazione del valore di 30.000 euro capace di offrire immagini di altissima qualità.

Lo porterà personalmente un medico ginecologo palermitano, **Giuseppe Valenti** (*nella foto*), con il patrocinio dell'Ordine dei Medici di Palermo e a nome di tutti i medici italiani per ricordare insieme ai colleghi ucraini che "bisogna andare oltre ogni barriera e che la Sanità è il primo pilastro da ricostruire dopo il conflitto. Il primo gesto che precederà altri è sempre indirizzati alla Sanità".

Per Valenti, che ha promosso subito dopo l'esplosione del conflitto **la raccolta di fondi**, "questo è un modo di stare concretamente vicini alla sanità Ucraina, che ho avuto modo di apprezzare personalmente e che merita iniezioni di apprezzamenti e incoraggiamenti oltre che massicci aiuti". All'incontro in cui verrà consegnato l'ecografo sarà presente l'ambasciatore italiano a Kiev, Pier Francesco Zazo.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Al momento di partire da Palermo Valenti ha aggiunto che la consegna dell'ecografo non esaurisce il compito e l'ambizione di voler aiutare il popolo ucraino: “In sintonia con **le dichiarazioni di Versailles** del 10-11 marzo 2022 dell'Unione Europea, in cui ci si impegna nei confronti dell'Ucraina a fornire sostegno politico, finanziario, materiale e umanitario, e ad agevolare la ricostruzione di un'Ucraina democratica una volta che sarà cessato il **conflitto**, si vuole simbolicamente rafforzare il concetto che alla pari del bisogno di aiuti per difendere la propria integrità territoriale e la democrazia, non solo in Ucraina ma anche in Europa, c'è bisogno di concentrare ogni energia sulle necessità immediate del “**prendersi cura**” della salute di un popolo che sente mortificato il significato della parola salute. L'ospedale di Kiev ha un super lavoro in quanto è diventato riferimento, con un sovraccarico di accessi, di tutte le future mamme e dei piccoli neonati che vengono dalla periferia dove gli ospedali sono stati bombardati”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Enna, assunti due medici per il pronto soccorso di Piazza Armerina

Le dottoresse Ramona Sorrentino e Artemide Di Nicolò lavoreranno nel team diretto dalla dottoressa Raffaella Crescimanno.

15 Settembre 2022 - di [Redazione](#)

ENNA. Sottoscritto il contratto a tempo indeterminato da due giovani medici che prenderanno servizio al Pronto Soccorso dell'Ospedale di **Piazza Armerina**. Le dottoresse **Ramona Sorrentino** e **Artemide Di Nicolò** lavoreranno nel team diretto dalla dottoressa **Raffaella Crescimanno**, responsabile del Pronto Soccorso della città dei mosaici, che dichiara: "Ringrazio il Direttore Generale, Francesco Iudica, per l'attenzione posta nei confronti dell'Ospedale di Piazza Armerina incrementando il numero dei medici in servizio presso il Pronto Soccorso, che riveste da sempre un ruolo di primaria importanza per il territorio. L'assunzione dei due medici porterà una boccata di ossigeno al personale in servizio e garantirà un più alto livello delle prestazioni".

Per il direttore generale **Francesco Iudica** «la sottoscrizione del contratto dei due medici per l'**Emergenza Urgenza** è un ulteriore tassello del completamento della dotazione organica, obiettivo per il quale questa Direzione si è spesa sin dal primo momento del proprio insediamento. Inoltre, il Pronto Soccorso di Piazza Armerina raggiunge, con l'immissione in servizio delle due dottoresse, il più alto numero di medici mai avuto a disposizione. Ulteriore motivo di soddisfazione è che si rafforza l'**equilibrio di genere** all'interno della nostra Azienda che possiede, a livello nazionale, il più alto numero di donne dirigenti, e rende prevalente la dimensione femminile nella dotazione del personale assegnato al Pronto Soccorso dell'Ospedale Chiello. Oltre all'incremento quantitativo che alleggerirà l'onere sul personale in servizio, sono convinto che la presenza femminile così elevata garantirà la più **alta qualità** delle prestazioni nella tutela della salute della popolazione di riferimento».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

GIORNALE DI SICILIA.it

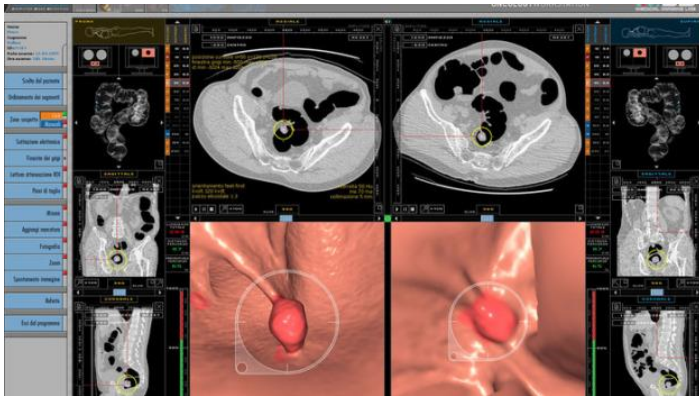


Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Tumori del colon retto, entro il 2040 +63% casi e +73% morti

15 Settembre 2022



(ANSA) - ROMA - L'impatto globale del cancro del colon retto è destinato ad aumentare notevolmente nei prossimi anni, fino ad arrivare a contare 3,2 milioni di nuovi casi all'anno nel 2040, il 63% in più rispetto a oggi e 1,6 milioni di decessi (+73%). È il dato che emerge da uno studio condotto. Lo studio si basa sui dati contenuti nel database Globocan (Global Cancer Observatory) che ha consentito ai ricercatori di stimare che nel 2020 nel mondo si sono verificati 1,9 milioni di casi di cancro del colon retto e più di 930 mila decessi. "È stata osservata un'ampia variabilità geografica nei tassi di incidenza e mortalità", scrive in una nota lo Iarc. "L'incidenza più alta è stata osservata in Europa, Australia e Nuova Zelanda, i tassi di I ricercatori hanno inoltre stimato l'impatto di questa neoplasia nel 2040 attraverso una proiezione delle attuali caratteristiche demografiche della popolazione. È risultato che tra 18 anni, il cancro del colon retto colpirà 3,2 milioni di persone ogni anno con un aumento del 63% rispetto a oggi; saranno invece 1,6 milioni i decessi annui (+73%). "I tassi di incidenza del cancro del colon-retto sono diminuiti nei Paesi ad alto reddito, in gran parte grazie ai programmi di screening.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Tuttavia, il cancro del colon-retto rimane una malattia comune; si osservano tassi di incidenza crescenti negli adulti più giovani e nei Paesi che stanno attraversando la transizione economica", scrive lo Iarc. "Si prevede che oltre l'80% dei nuovi casi del 2040 si verificheranno in Paesi con livelli alti o molto alti nell'indice di sviluppo umano". (ANSA)

Covid

L'Oms: vicini a fine pandemia. Sì di Aifa ai nuovi vaccini

Finalmente una notizia positiva dall'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms) dopo tanti comunicati tragici. Siamo vicini alla fine della pandemia, non siamo mai stati tanto prossimi a chiuderla qui. Il numero dei morti settimanali è sceso al minimo da marzo 2020, quando tutto cominciò. «Il termine è a portata di mano», afferma il direttore dell'agenzia, Tedros Ghebreyesus. Ne stiamo per uscire, dunque, nei Paesi occidentali prima che nel resto del mondo, sebbene al prezzo di milioni di morti e ripercussioni gravissime sul piano dello stato socio-economico della popolazione. Lo strumento vincente sono stati i vaccini, il primo pronto a fine 2020, a tempo di record. Da allora il virus è cambiato costringendo i ricercatori a mettere a punto composti aggiornati. L'ultimo è stato ratificato ieri dall'agenzia italiana del farmaco (Aifa). Un altro bivalente, contenente il ceppo originale nato a

Wuhan in Cina — presumibilmente verso la fine del 2019 — e quello oggi più diffuso, il BA. 4-5 sottovarianti di Omicron. Il nuovo vaccino, prodotto da Pfizer-Biontech, segue di pochi giorni quello approvato la scorsa settimana, a base del Wuhan e BA1. Ambedue sono raccomandati come richiamo a over 60, operatori sanitari, operatori e residenti di residenze sanitarie assistite, e soggetti fragili (con malattie croniche o in chemioterapia, ad esempio). Chiunque però può richiederli anche se di età inferiore e in assenza di questi requisiti. Si rischia di essere confusi al momento di scegliere se fare il richiamo (primo o secondo, noti come terza e quarta dose) e con quale vaccino, in vista dell'autunno «quando si prevede una nuova ondata», è previdente il ministro della Salute, Roberto Speranza. La risposta è contenuta nel parere di Aifa che spiega come «al momento non ci sono elementi per esprimere un giudizio preferenziale.

Tutti i bivalenti aumentano la protezione ottimale contro il Covid-19. Anche il BA.1 si è mostrato capace di indurre una risposta superiore contro la variante BA.5».

Margherita De Bac
mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA

615
Milioni
I casi notificati di soggetti positivi al coronavirus nel mondo da inizio pandemia

Chi è



● Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms



FIASO: RICOVERI GIÙ DEL 23%

Oms: fine pandemia vicina Ok Aifa a nuovi vaccini

La fine del tunnel potrebbe avvicinarsi. Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), infatti, il mondo non è mai stato in una posizione migliore per porre fine alla pandemia di Covid che ha ucciso milioni di persone dalla fine del 2019. «La scorsa settimana - ha affermato il direttore dell'Oms Tedros Adhanom Ghebreyesus - il numero di decessi per Covid-19 è sceso al minimo da marzo 2020». Mentre continuano a calare i ricoveri negli ospedali del nostro Paese (-23,1% nell'ultima settimana, secondo il report degli ospedali sentinella della rete di Fiaso - Federazione aziende sanitarie e ospedaliere). E dall'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) giunge il via libera ai vaccini adattati contro Omicron 4 e 5, già approvati dall'autorità del farmaco europea Ema. L'Aifa ha ribadito che la popolazione per la quale la dose booster è raccomandata in via prioritaria, «è

rappresentata dai soggetti che presentano fattori di rischio e dagli over 60. Tutti gli altri soggetti possono comunque vaccinarsi con la dose booster su consiglio del medico o come scelta individuale»

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANTIVIRUS



IL COVID E LA TRISTE GUERRA TRA MEDICI

✱ LA SANITÀ È, secondo molti, in un coma irreversibile. Uno dei fattori eziologici è la demotivazione dei medici. In tema di contratti di lavoro autonomo con personale medico e infermieristico, nelle prime fasi dell'emergenza da Covid-19, l'art. 23 del decreto legge n. 9 del 2020 ha consentito, in via transitoria, la stipula di contratti di lavoro autonomo con personale medico e infermieristico, in deroga alle norme che, per le pubbliche amministrazioni, limitano sia le possibilità di ricorso a tale tipo di contratti sia il conferimento di incarichi a soggetti già titolari di un trattamento di quiescenza. Tutti siamo consapevoli della carenza di personale nella quale è piombata la pandemia. Purtroppo, l'art. 7 c. 6 del dl 165/2001, recita "per specifiche esigenze cui non possono far fron-

te con personale in servizio, le amministrazioni pubbliche possono conferire esclusivamente incarichi individuali, con contratti di lavoro autonomo, a esperti di particolare e comprovata specializzazione anche universitaria". Ebbene quello che si sta verificando è inaudito. I concorsi pubblici che richiedono la presentazione di curricula, esami scritti e orali, vengono sempre più frequentemente sostituiti da bandi di attribuzione ad agenzie interinali, alle quali si delega il compito di fornire personale medico. I medici dipendenti, che svolgono attività assistenziale, sono sottoposti a giudizi periodici che ne confermano il livello professionale. Un medico fornito da un'agenzia interinale, non solo non è sottoposto ad alcuna verifica, ma può continuare a prestare la sua opera nelle diverse sedi ri-

chiedenti, senza alcuna storicità qualitativa nel curriculum. Inoltre, uno stipendio medio di un medico assunto a tempo pieno è di circa 3.500 euro. In barba a tutte le tutele contrattuali, si trova a dover coprire più turni di guardia notturni e spesso non riesce a godere delle ferie maturate. Un medico che lavora attraverso un'agenzia interinale, percepisce circa 90 euro l'ora. Un turno solitamente è di 8 ore, pertanto può ricevere anche 720 euro in un sol giorno. Con queste disuguaglianze, come si può pretendere che un medico "regolarmente assunto" si trovi motivato a restare nel suo ruolo?

MARIA RITA GISMONDO

*direttore microbiologia clinica
e virologia del "Sacco" di Milano*



LETTERA A MATTARELLA

Il caso medici extra-Ue L'Ordine chiede garanzie

VITO SALINARO

Si allarga il numero delle Regioni che fanno ricorso a medici stranieri per colmare gli enormi buchi di organico delle strutture pubbliche (ma anche private) alle prese con un'emorragia senza precedenti, in parte dovuta ai pensionamenti, in parte alle dimissioni di camici bianchi. Non è un mistero che questi ultimi trovino inaccettabili i ritmi e i carichi lavorativi nei nosocomi. Ma se la scelta dei camici bianchi extra Ue era sino a qualche mese fa «motivata dall'emergenza pandemica», oggi, quando l'allarme per il Sars-CoV-2 presenta, fortunatamente, ben altri numeri e prospettive, suscita non poche «perplexità». Che la Fnomceo (Federazione nazionale degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri) denuncia, in una lettera, al presidente della Repubblica, Sergio Mattarella.

In sostanza, il presidente della Federazione, Filippo Anelli, sollecita l'attenzione del capo dello Stato sulla normativa che permette l'impiego di medici extracomunitari «in deroga al normale iter di riconoscimento dei titoli e all'obbligo di iscrizione all'Ordine». Dopo la Calabria, il cui accordo con una società di servizi cubana per far arrivare 500 dottori ha fatto molto rumore, è stata la volta della Puglia, che ha avviato un'interlocuzione per reclutare medici albanesi, e poi della Sicilia, che guarda invece all'Argentina per reclutarne.

La Fnomceo non ci sta e chiede di rivedere la normativa che, introdotta la possibilità della deroga per far fronte alla crisi sanitaria legata alla pandemia di Covid, l'ha poi prorogata ben oltre la fine dello stato di emergenza, sino al 31 dicembre 2023, mettendo a rischio, secondo i rappresen-

tanti dei medici italiani, un sistema di controlli e di garanzia che sono fondamentali per la sicurezza delle cure. «Quella scelta motivata dallo stato pandemico sanitario e mirata ad affrontare un'emergenza del calibro del Covid-19 – scrive Anelli – desta evidentemente notevoli perplessità se applicata ad altre circostanze. Il riconoscimento dei titoli e, in generale, le modalità ordinarie di esercizio della professione medica sono strumenti che consentono un controllo preventivo sulla preparazione, sulla formazione e sulla qualificazione di medici provenienti dall'estero, tutti controlli ai quali un medico italiano è sottoposto senza eccezioni».

In altri termini, argomenta Anelli, «la comparazione tra i due interessi, in senso giuridico, che vengono in rilievo – e cioè la sicurezza delle cure e il ricorso a mezzi straordinari di reclutamento del personale – a parere della Fnomceo non appare giustificare la deroga al sistema di garanzia, specie se questa è determinata da esigenze che, pur impattando sull'assistenza, sono tutt'altro che improvvise e non altrimenti gestibili con strumenti ordinari».

E che la pandemia stia allentando la presa lo dimostra l'ennesima giornata con tutti i parametri in discesa, a cominciare dal tasso di positività che passa dal 12,5% all'11%. Giù anche i decessi, da 93 a 69, i ricoverati in terapia intensiva, -12 (151 in totale), e quelli nei reparti ordinari, -149 (3.719 in totale). Secondo l'ultimo report degli ospedali sentinella della rete Fiaso (Federazione aziende sanitarie e ospedaliere), in una settimana il numero degli ospedalizzati si è ridotto ulteriormente del 23,1% raggiungendo il calo più alto registrato nelle ultime sei settimane.

Il presidente della Fnomceo, Anelli: fin qui il loro impiego era giustificato dall'emergenza Covid; esprimiamo perplessità sulle norme che permettono l'utilizzo di questi professionisti in deroga al normale iter di riconoscimento dei titoli. Pandemia: parametri tutti in calo



L'accusa Il presidente dell'Aran

Il Mef è in ritardo: slitta il contratto della sanità

Non bastasse l'*affaire* del tetto agli stipendi, il ministero dell'Economia finisce sotto accusa anche per i ritardi che faranno slittare l'entrata in vigore del nuovo contratto del comparto sanità per il 2019-2021. L'accusa viene direttamente da Antonio Naddeo, il presidente dell'Aran, l'agenzia che è la controparte pubblica nella contrattazione. Sul suo blog, Naddeo ha comunicato che il ministero ha chiesto "ulteriori chiarimenti" e questo rende "difficile che tutto si possa definire per la sottoscrizione definitiva entro il mese di settembre, visto che poi il contratto deve essere certificato dalla Corte dei conti (entro 15 giorni)". La versione finale del contratto è stata firmata da Aran e sindacati il 15 giugno scorso. Naddeo chiarisce che i ritardi

non sono colpa dall'agenzia ma del dicastero: "Alle osservazioni - scrive - e richieste di chiarimenti del Mef fatte in data 1 agosto e a cui l'Aran ha prontamente risposto, lo stesso Mef ha inviato un'ulteriore nota nella quale si prende atto di alcune risposte dell'Aran, ma ha anche chiesto ulteriori chiarimenti su norme del contratto non citate nella prima nota. Anche in questo caso l'Agenzia sta predisponendo la risposta" spiega. "Vorrei solo ricordare a tutti - conclude - che la norma che regola la procedura di contrattazione e il relativo controllo dell'ipotesi di accordo è l'art. 47 del decreto legislativo 165/2001. In particolare il comma 4 stabilisce

che l'Aran trasmetta, entro 10gg dalla sottoscrizione, l'ipotesi di accordo corredata da una relazione tecnica ai comitati di settore e al governo (FATTO in questo caso). Il Consiglio dei ministri (in pratica il Mef) può esprimere osservazioni entro 20 giorni dall'invio del contratto da parte dell'Aran. Sono passati più di 60 giorni, no comment".

Insomma, il rinnovo del contratto slitta almeno a ottobre. Non proprio una bella notizia in un momento in cui il Tesoro è accusato di aver fatto passare in un lampo una norma che alza gli stipendi dei vertici ministeriali.

CDF



Sanità

Una pandemia bianca per il funerale dell'art. 32

Ivan Cavicchi
PAGINA 15

La nuova pandemia bianca e il funerale dell'articolo 32

IVAN CAVICCHI

■ ■ Una nuova pandemia silenziosa ma assai grave, capace di colpire soprattutto tra i bassi redditi e i soggetti sociali più deboli, in particolare il sud. Non sarà scatenata da un virus ma dalla ingloriosa sepoltura dell'art 32 che, destra e sinistra si stanno preparando a consumare non avendo, come dimostra la campagna elettorale, nessuna idea su come risolvere il problema della sostenibilità finanziaria della sanità pubblica.

La storia si ripete: per problemi di sostenibilità mezzo secolo fa crollò il sistema mutualistico facendo nascere l'attuale servizio sanitario nazionale (Ssn) che però, dati alla mano, ha finito piano piano nel tempo, a causa di politiche sbagliate, con l'aggravare il problema della sostenibilità.

Con la riforma del '78 si tentò la strada della salute come valore primario, della sanità organizzata per territori (Usl), si arruolò nella pubblica amministrazione un esercito di operatori, si rilanciò il sistema ospedaliero e nello stesso tempo attraverso i medici di medicina generale, si organizzò l'assistenza di base cioè le

cure primarie.

Ma nonostante tutto questo la spesa sanitaria anziché diminuire crebbe e continuò a crescere negli anni. Il problema della sostenibilità diventò così pesante da indurre la sinistra di governo del tempo (anni '90) prima ad aziendalizzare le Usl e gli ospedali nella speranza di contenerne i costi (L. 502), poi con Bindi ad aprire le porte alla privatizzazione (*intra-moenia* e sanità sostitutiva) nella speranza di scaricare una parte della spesa pubblica sui redditi delle persone (assicurazioni e mutue: L. 229). Poi fu il turno di Monti. Facendo ricorso ai tagli lineari massacrò i servizi, in particolare gli ospedali riducendo la sanità pubblica all'indigenza (ancora oggi esistono i tetti di spesa che impediscono alle regioni di assumere gli operatori). E infine Renzi con il suo famoso "definanziamento progressivo" che con il *jobs act* oppose contro il servizio pubblico il *welfare on demand* (aziendale).

In questo drammatico percorso politico, fatto in nome della sostenibilità, bisogna ricordare D'Alema che con la controriforma del TitoloV spianava, già nel 2001, la strada alla destrutturazione del servizio nazionale: oggi si chiama regionalismo differenziato, sostenuto dal centro destra e dal Pd.

Quando arriva la pandemia

che disvela le falle del sistema pubblico, in due anni i costi salgono del 3%. Mentre Draghi sosteneva che per spendere bene bisognava riformare, con la proposta di Pnrr di Speranza ogni riforma è negata fino a utilizzare 20 mld senza risolvere una sola delle grandi contraddizioni strutturali e funzionali della sanità pubblica. Anzi esasperando in sommo grado proprio la questione della sostenibilità. Infine arriva l'inflazione, la crisi del gas, la recessione incipiente, la guerra.

A questo punto la questione della sostenibilità diventa talmente una questione irrisolvibile da porre la tremenda questione se non si debba o no abolire l'art 32 e ritornare a come si era prima della riforma del '78. Cioè al far west.

In campagna elettorale nessuno dei partiti ha osato porre onestamente questo problema. Il Pd, come abbiamo già scritto, ha negato la questione (Agorà 8 giugno 2022), e insieme a tutti gli altri partiti chiede semplicemente più soldi ma senza dire mai come intende risolvere la questione della sostenibilità.

Fa eccezione Renzi che a contraddizioni invariante, per finanziare la sanità pubblica propone di chiedere al Mes un prestito (37 mld) quindi di aggiungere al problema sempre più pesante degli scostamenti quello di un ulteriore indebitamen-



il manifesto

to. Indebitarsi per garantire il processo di privatizzazione in essere. E' chiaro che così come stanno le cose, e come dimostra la politica sanitaria di Moratti in Lombardia, gran parte dei soldi andranno al privato.

Nel caso dovesse vincere la coalizione di centro destra il vero guaio per la sanità pubblica non è solo il morboso desiderio della Lega di far saltare il servizio sanitario nazionale o quello del Pd di privatizzare ancora di più il sistema, ma la più totale assenza di pensiero e di progetto nei confronti della sostenibilità.

E' evidente che per vincere questa sfida e per non cancellare l'art 32 ci vorrebbe un progetto di riforma che nessuno ha. Ne a destra ne a sinistra. Nessuno ha proposto una "quarta riforma" che permetta ai diritti e all'economia di essere "compossibili" non "compatibili".

La soluzione per salvare l'art 32 quindi ci sarebbe. Non è vero come ha sempre detto il Pd che la sanità è per forza insostenibile (non si può dare tutto a tutti). Credo che in questa complessa congiuntura politica e finanziaria, con il regiona-

lismo differenziato e con i processi di privatizzazione innescati, per il diritto alla salute non ci sarà futuro. Avremo presto una nuova pandemia "bianca".

L'insostenibilità finanziaria che giustifica la privatizzazione.

E le politiche, di destra e di sinistra, che lavorano alla demolizione del sistema sanitario nazionale



**Ospedale Martini,
Torino foto ansa**



LA RIFLESSIONE

MEDICI IN FUGA DALLA SANITÀ PUBBLICA UN SISTEMA SENZA PARACADUTE

PIERINO DI SILVERIO*



La situazione negli ospedali italiani è diventata drammatica, sia da un punto di vista organizzativo sia per la carenza di personale medico e sanitario. E la professione medica è sempre meno allettante per le giovani generazioni, soprattutto per condizioni di lavoro sempre più gravose e rischiose, da un punto di vista psicofisico e legale, a fronte di retribuzioni inadeguate.

Le mancate sostituzioni del personale andato in pensione e assente per malattia hanno superato i limiti che il sistema poteva sopportare. Ne sono conseguenza il mancato rispetto delle pause e dei riposi, ritmi e turni di lavoro spesso insostenibili, fino alla sofferenza psico fisica, e alla morte, a scapito della qualità e sicurezza delle cure, la mancanza di tempo per la vita personale. Risultato? Sette medici dipendenti ogni giorno decidono di lasciare il sistema pubblico prima dell'età di quiescenza, perché stanchi, demotivati e delusi da una professione che rappresentava un sogno per molti di loro e che invece si è trasformata in un incubo.

LE RAGIONI

Le cause sono molteplici. Il burnout, il desiderio di gestire le giornate di lavoro con

orari più flessibili, maggiore autonomia professionale, minore burocrazia. Cercano un sistema che valorizzi le loro competenze, che permetta di dedicare più tempo ai pazienti e anche alla propria vita privata, senza sacrificare interessi personali e familiari. Complice dell'innescò di questo meccanismo è stata sicuramente la pandemia che ha nettamente peggiorato le condizioni di lavoro negli ospedali. Trovando il terreno preparato dalla mannaia dei tagli decennali che ha colpito risorse economiche, posti letto, personale e progressioni di carriera.

Nel decennio 2010-2019, 37 mld di risorse destinate alla sanità sono state indirizzate verso capitoli di spesa reputati più importanti, 80mila posti letto tagliati insieme con 44mila unità di personale sanitario di cui almeno 6mila medici. Mentre il progresso tecnologico e terapeutico prolungava l'aspettativa di vita trasformando patologie un tempo mortali in patologie

croniche senza una politica di adeguamento del sistema di cure.

I medici e i dirigenti sanitari (biologi, chimici, fisici, psicologi e farmacisti) lavorano oggi in condizioni inaccettabili, da



un punto di vista professionale, e anche etico, con un orario medio di circa 60 ore la settimana, sottoposti a costanti pressioni legali e professionali. Capri espiatori dei disservizi organizzativi, oggetto di violenze fisiche e verbali, di accuse legali: un conto amaro che il professionista della salute è costretto a pagare a causa di miopi politiche perpetrate per decenni. E le soluzioni adottate per rimediare al fenomeno della fuga dei professionisti sono paradossali. Parliamo delle cooperative, un fenomeno che oramai interessa più della metà delle regioni italiane e quasi 15mila professionisti. Società di intermediazione di servizi oggi assicurano la copertura dei turni ospedalieri mettendo a disposizione personale, senza che nessuno badi troppo alla sua professionalità e tanto meno alle sue condizioni psicofisiche. Non è dato, infatti, sapere da quanti turni lavorativi è re-

duce chi prende servizio, né se ha rispettato il periodo di riposo imposto dalle leggi vigenti a tutela della sicurezza dei pazienti, tanto meno da dove viene e se si è sottoposto a viaggi massacranti. Senza contare che entra, magari una tantum, con il metodo della toccata e fuga, in organizzazioni che non conosce, di cui ignora procedure, tecniche e modalità di lavoro in gruppo.

Se queste soluzioni estemporanee, dal vago sapore elettorale, che riducono i medici a utensili presi a noleggio dai datori di lavoro, tranquillizzano questi ultimi, non possono lasciare sereno chi ha la respon-

sabilità diretta delle unità operative né chi all'ospedale ricorre in momenti delicati della propria vita. La verità è che la sanità pubblica non può essere considerata un oneroso capitolo di spesa, bensì una risorsa che vale 11 punti di Pil a fronte del 6,6% che viene destinato annualmente, mentre la media europea è dell'11,3%.

Non aver programmato correttamente il fabbisogno di medici specialisti rischia di farci passare dalla carenza alla pleora, da un imbuto formativo a un imbuto lavorativo, smarrendo quell'identità pubblica voluta dalla Costituzione. Il nostro sistema sanitario deve restare pubblico, nazionale, solidaristico, a garanzia di un'equità di accesso alle cure. A esso dedichiamo il nostro lavoro, sottraendo tempo alla famiglia e alla vita privata, guadagnando la qualifica di "eroi" durante questi anni di pandemia. Un riconoscimento ben presto dimenticato.

* Segretario nazionale Anaa Assomed

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«IL SETTORE NON PUÒ
ESSERE CONSIDERATO
UN ONEROSO
CAPITOLO DI SPESA,
MANCANO RISORSE
E VALE 11 PUNTI DI PIL»



Pierino Di Silverio,
segretario
nazionale
dell'Anaa
Assomed



Letta vede la rimonta e punta sulla sanità “Noi gli unici a difendere quella pubblica”

Pacchetto di proposte con Speranza: riforma dei medici di base, case di comunità e impegno sui vaccini

ALESSANDRO DIMATTEO
ROMA

Non si torni indietro, né sulle spese per la sanità né sui diritti delle donne. Enrico Letta sfida la destra, ma indirettamente risponde anche alle continue incursioni del Movimento 5 stelle che accusa il Pd di essere assai poco di sinistra. Il segretario democratico, insieme al ministro Roberto Speranza, alza innanzitutto un muro a difesa del Sistema sanitario nazionale e chiede di abolire il «tetto alla spesa per il personale sanitario imposto nel 2004 da Tremonti». Una misura che permetterebbe nuove assunzioni e l'aumento degli stipendi» dice Speranza, e che fa parte di tutto un pacchetto di proposte che Letta e il ministro hanno presentato ieri insieme a Beatrice Lorenzin e a Sandra Zampa, responsabile salute Pd.

Come spiega Speranza al telefono, «la sanità fino ad oggi

è stata piuttosto assente dal dibattito elettorale. Noi vogliamo dire che siamo la forza che difende il Sistema sanitario nazionale». Il messaggio-chiave, appunto, è «non si torni indietro», insiste il ministro. «Negli ultimi tre anni abbiamo messo 10 miliardi sul fondo sanitario nazionale, dopo un periodo in cui si metteva circa un miliardo l'anno. Praticamente il triplo». In generale, dicono Letta e Speranza, i finanziamenti alla sanità «non dovranno mai più essere inferiori al 7% del Pil». E invece, denuncia il ministro della Salute «in questo momento ci sono forze politiche che dicono che bisogna togliere soldi alla sanità e metterle da qualche altra parte».

Aggiunge Letta: «Gli insegnamenti del periodo pandemico devono essere il cuore del programma. Siamo qui per rilanciare la centralità del sistema pubblico». Ma, continua Speranza, «per troppo

tempo il Ssn è stato considerato un costo e non il più importante investimento per la qualità della vita delle persone». Tra le proposte, sottolinea il ministro, c'è anche la riforma del sistema dei medici di base, i cui limiti sono emersi in maniera evidente durante la pandemia: «L'idea di fondo è un rapporto più stretto tra medico di famiglia e resto del Ssn», grazie anche alle «case di comunità finanziate col Pnrr, che saranno il primo presidio territoriale, in un'ottica di sanità di prossimità».

Ma il leader Pd incalza la destra anche sui vaccini, chiedendo di non «strizzare l'occhio ai no-vax». Dice Letta: «Chiediamo a tutti i partiti di dire chiaramente che la campagna di vaccinazione continuerà dopo il 25 settembre».

Inevitabile anche il richiamo alla legge sull'aborto: «La

difenderemo», dice Speranza. «Non si torni dal principio di autodeterminazione delle donne», aggiunge Letta. E il leader Pd insiste anche sulla parità di genere: «Non ci accontentiamo che non si torni indietro sulle politiche di parità. Dobbiamo andare avanti, perché l'Italia è indietro». —

“Tutti i partiti dicano che la campagna di vaccinazione proseguirà”



In Italia solo 15% piccoli pazienti fragili accede a cure palliative

Le cure palliative pediatriche in Italia stentano a decollare. "A 12 anni di distanza dalla legge 38 del 2010 che ha sancito il diritto alle cure palliative pediatriche, si stima che ne abbia effettivamente accesso una quota non superiore al 15% dei bambini eleggibili. Eppure, in Italia sono circa 30mila i piccoli pazienti in condizioni di fragilità con patologie in cui la morte precoce è non solo inevitabile ma, spesso, anche imprevedibile". Lo sottolinea la Società italiana di pediatria (Sip) che ieri a Roma ha riunito esperti e specialisti per il convegno 'Il bambino con malattia inguaribile. Riflessioni bioetiche e cure palliative'. organizzato dall'Accademia nazionale dei Lincei in collaborazione con la Sip e l'università Sapienza di Roma.

Sono bambini affetti da un vasto gruppo di malattie (neuromuscolari, metaboliche, genetiche, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, malformative) che richiedono cure specifiche multispecialistiche (come per esempio la ventilazione, la tracheostomia, la nutrizione per via venosa) e frequenti ricoveri in ospedale, ricorda la Sip. Il loro numero è "destinato drammaticamente ad aumentare nei prossimi anni perché i progressi della medicina fanno sì che molti bambini con patologie inguaribili sopravvivano ben più di quanto avveniva in passato, con la conseguenza che è e sarà sempre maggiore il bisogno di cure palliative, anche per lunghi periodi di tempo e attraverso diverse fasi della vita, dall'infanzia all'adolescenza e da questa all'età adulta".

"È indispensabile garantire a questi pazienti e alle loro famiglie la migliore qualità di vita possibile, come prevede la legge 38 del 2010 che ha sancito il diritto all'accesso alle cure palliative pediatriche, ma che a tutt'oggi in molte



Regioni è rimasta sulla carta", rimarcano i pediatri.

"A livello nazionale gli interventi palliativi rivolti al minore sono limitati ad esperienze isolate. I motivi sono molteplici: la complessità stessa del problema, carenza di formazione, fattori culturali e sociali, difficoltà organizzative ed economiche - spiega la presidente della Sip, Annamaria Staiano - Solo una parte minoritaria di pazienti eleggibili può usufruire di cure palliative pediatriche e generalmente per periodi di tempo relativamente limitati. Il principio fondamentale di equità obbliga ad intraprendere ogni possibile azione per riprodurre anche per i minori il percorso positivo che è stato intrapreso per adulti e anziani, per i quali sono stati compiuti enormi sforzi sia dal punto di vista culturale, che da quello programmatico, organizzativo ed assistenziale".

Le cure palliative non sono solo le cure della fase terminale, che si riferiscono alla presa in carico del bambino e della famiglia nel periodo strettamente legato all'evento della morte. "Queste iniziano al momento della diagnosi e continuano durante tutta l'evoluzione della malattia - evidenzia Mario De Curtis, presidente del Comitato per la bioetica della Sip - e vanno distinte da quelle rivolte al paziente adulto proprio per le differenti caratteristiche biologiche, psico-relazionali, cliniche, sociali, etiche e spirituali del paziente pediatrico".

Nella gran parte dei casi la propria casa sarebbe il luogo migliore per fornire l'assistenza, ma in molte realtà territoriali non esiste ancora una rete in grado di assicurare cure domiciliari in modo continuo. "Di conseguenza - evidenzia De Curtis- spesso è necessario ricoverare anche per molto tempo il bambino



in ospedale, con tutti gli inconvenienti legati alla mancanza del calore di un ambiente domestico".

Una alternativa agli ospedali per questi bambini così fragili c'è e dovrebbero essere gli hospice pediatrici, strutture residenziali che accolgono bambini a elevata complessità assistenziale, realizzati a misura di bambino con spazi, luoghi e arredi adeguati alle diverse età e nei quali vengono rispettate e promosse le relazioni familiari. Ma non esistono ovunque. "Nonostante la legge 38 del 2010 abbia previsto la realizzazione di almeno un hospice per ogni regione, sinora ne sono stati realizzati solo 8 e 6 sono in fase di attuazione. Nel complesso sinora 13 regioni hanno attivato la rete di cure palliative prevista dalla normativa: se molto è stato fatto, molto resta ancora da fare", sottolinea Franca Benini, responsabile del Centro regionale Veneto di terapia del dolore e cure palliative pediatriche. La conseguenza è che i bambini più grandi spesso vanno nell'hospice dell'adulto. I più piccoli muoiono nell'ospedale, con tutti i limiti che questo determina, perché di solito restano ricoverati per molto tempo, a volte mesi, con effetti negativi e dirompenti sull'intera famiglia.

"Anche a livello formativo esiste la necessità di un numero maggiore di professionisti capaci di garantire la gestione clinica delle problematiche trasversali inerenti la cronicità e lo sviluppo di interventi per la presa in carico della patologia di base", afferma Renato Cutrera, responsabile del Gruppo di studio sulle cure palliative della Sip e responsabile Pneumologia ospedale pediatrico Bambino Gesù. Un traguardo importante è stato ottenuto con la legge numero 77 del 17 luglio 2020 "che ha introdotto il corso di cure palliative pediatriche nell'ambito dei corsi obbligatori in tutte le Scuole di Specializzazione in Pediatria", sottolinea Andrea Pession, professore ordinario



di Pediatria all'Università degli Studi di Bologna.

Il punto di viste delle famiglie è stato messo in luce da Francesca Baldo, presidente 'Respirando associazione famiglie bambini medicalmente complessi'. "La rinuncia al lavoro del caregiver familiare, la precarietà economica in cui versano, l'assistenza continua 24h al giorno per 7 giorni alla settimana, l'impossibilità di poter dormire una notte di fila e di andare in vacanza, la solitudine causata dall'impossibilità di curare le relazioni sociali ma anche dal tabù del bambino malato, consumano e corrodono l'equilibrio familiare e la salute del caregiver. Assistere un bambino medicalmente complesso - ricorda Baldo - significa anche vivere in costante attesa di un'emergenza medica e con la paura di trovarsi, o ritrovarsi, a dover rianimare il proprio figlio. Significa convivere con un disturbo da stress post-traumatico, quasi sempre non diagnosticato né trattato".

L'effetto Covid. "I due anni di Covid hanno ulteriormente aggravato le difficoltà. "La recente letteratura sugli effetti della pandemia ha evidenziato che l'isolamento legato al periodo ha portato a una maggiore solitudine (anche nel morire) – spiega Sergio Amarri, Fondazione Isabella Seragnoli di Bologna - Questi bambini, che sono lungo sopravvissuti abituati ad avere dei caregiver, magari si sono ritrovati soli in un reparto di rianimazione. Dunque, l'isolamento e le difficoltà delle famiglie a continuare ad avere terapie di supporto e servizi sono i problemi maggiormente evidenziati".



Test di Medicina più difficili e uno su due viene bocciato

LA PROVA

ROMA Uno su due non ha neanche superato la prova. Brutto risultato, infatti, per il test di medicina che vede metà dei candidati non raggiungere neanche il punteggio minimo. I test si sono svolti il 6 settembre scorso e ieri il ministero dell'Università ne ha pubblicato la graduatoria (naturalmente in forma anonima, senza i nomi dei partecipanti). E i risultati sono sorprendenti: sono risultati idonei 28.793 aspiranti medici, vale a dire la metà dei 56.775 che hanno partecipato alla selezione. Un calo drastico rispetto allo scorso anno quando passarono la prova invece 38.715 candidati su 55.117 partecipanti.

LE STATISTICHE

Non raggiungono la soglia mi-

nima circa 10mila candidati in meno rispetto al 2021: lo scorso anno passava la prova il 70% dei candidati, quest'anno solo il 50%. I posti disponibili sono circa 15mila, quindi comunque ci saranno oltre 13mila esclusi ma a far impressione è la soglia degli insufficienti. Un risultato clamoroso che arriva proprio con il test riformulato rispetto agli anni passati, con meno domande di cultura generale e più quesiti di chimica, fisica e biologia. Una formula che, evidentemente, ha creato non poche difficoltà tra gli aspiranti camici bianchi. I candidati hanno avuto 100 minuti di tempo per rispondere a 60 quesiti: 4 di competenza di lettura e conoscenze acquisite negli studi, 5 di ragionamento logico e problemi, 23 sono stati i quesiti di biologia, 15 di chimica, 13 di fisica e matematica. La graduatoria nominativa nazionale, con il punteggio minimo per il superamento della prova, sarà pubblicata il 29 settembre. Ora

sarà necessario capire dove sta l'intoppo, il dubbio è che gli anni della pandemia, nonostante le votazioni alte alla maturità e il calo delle bocciature nelle scuole superiori, hanno lasciato il segno.

L.Loi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IL QUIZ ERA STATO MODIFICATO DA POCO: PIÙ DOMANDE SCIENTIFICHE E MENO QUESITI DI CULTURA GENERALE



Il test di Medicina si è svolto in tutta Italia lo scorso 6 settembre



DECRETO

Infermieri, aumentano i posti

Aumentano sul filo di lana i posti per infermieristica. Oggi l'esame per l'accesso alle università per le professioni sanitarie e solo due giorni fa dal ministero è arrivato un decreto che aumenta di 1.378 i posti (da 17.997 a 19.375). Ci sono poi riduzioni per altre quattro professioni: educatore da 809 a 695, dietista da 574 a 544, audioprotesista da 320 a 280 e podologo da 157 a 117.

Una modifica al fotofinish, quindi, che modifica ancora il panorama per l'esame per l'accesso ai corsi laurea delle professioni sanitarie. Il tutto in una tornata di esa-

mi che ancora una volta ripresenta tutte le proteste contro il numero chiuso. Già dal primo giorno del test di medicina, infatti, sono arrivate le proteste, sia dagli studenti che da rappresentanti della politica. Molti gli striscioni davanti agli atenei, così come molte le affermazioni di rappresentanti delle istituzioni, tutti contrari al numero chiuso.

Una importante novità arrivata negli ultimi anni sulle università per le professioni sanitarie è quella delle lauree abilitanti. La strada è stata tracciata con il decreto cura Italia (dl 17/2020), che ha reso abilitante la laurea in medicina. Successi-

vamente, dopo un lungo iter, è arrivata anche la proposta di legge, poi approvata, che rende abilitanti un'ulteriore serie di titoli universitari. Oltre a rendere direttamente abilitanti questi titoli, la legge ha impostato una strada per gli ordini non ricompresi dal provvedimento, che avrebbero quindi potuto richiedere successivamente il passaggio a laurea abilitante. Tra questi anche gli architetti, i cui esami si svolgeranno entro il 23 settembre. Il consiglio nazionale di categoria ha già avviato la procedura, così come quello degli ingegneri, ma per ora ancora non è arrivata l'ufficia-

lità. Il procedimento prevede un'interlocazione con il ministero a cui seguirebbe l'attivazione dei nuovi percorsi. Insieme a questo, infine, viene prevista anche una possibilità di riforma degli interi percorsi universitari professionalizzanti.

— © Riproduzione riservata — ■



COVID EOMICRON

Medici di famiglia: “Pazienti confusi sui vaccini da fare”

I medici di famiglia sono già in tilt. “I pazienti ci tempestano di domande sui vaccini anti-Covid aggiornati, quelli approvati la settimana scorsa, e quelli che arriveranno a brevissimo”, dice Pier Luigi Bartoletti, vicesegretario nazionale vicario della Fimmg, Federazione dei medici di famiglia. A pochi giorni dall’avvio delle prenotazioni per il richiamo con i vaccini aggiornati alla variante Omicron 1, secondo Bartoletti siamo di fronte a un cortocircuito informativo che rischia di generare grande confusione. Dopo quello di Ema,

l’Agenzia europea del farmaco, è imminente infatti anche il via libera dell’Aifa ai nuovi vaccini adattati a Omicron *Ba.4* e *Ba.5*, le varianti oggi dominanti. “Andrebbe chiarito – prosegue Bartoletti –, che il problema non è la quarta o quinta dose, ma che il richiamo con il vaccino aggiornato lo devono fare le persone, anziane o no, che hanno altre malattie o un sistema immunitario deficitario”. Un problema sollevato anche da Maria Rita Gismondo. Secondo la direttrice del laboratorio di Microbiologia clinica dell’Ospedale Sacco di Milano,

“difficilmente le persone si vaccineranno con il bivalente attuale, visto che abbiamo annunciato che tra due settimane ne arriverà un altro che lo supera”, il nuovo *booster*, sviluppato da Pfizer Biontech. Per questo, per Gismondo avviare una campagna di richiami con un prodotto, mentre ne sta arrivando un altro, produrrà un caos “che porterà a una ulteriore sfiducia, a un allontanamento dei cittadini dai suggerimenti che ci dà la sanità”.

NATASCIA RONCHETTI



**ANTHONY
FAUCI**

«DOBBIAMO ANCORA TEMERE IL COVID: VACCINAZIONE OGNI ANNO»

A dicembre lascerà l'Istituto delle malattie infettive Usa che dirige da 36 anni. Da emblema della lotta al Covid, l'immunologo indica la via per il futuro: «Il contagio è ancora a livelli inaccettabili: più gente faccia profilassi. Errori? Il virus era un nemico sconosciuto. Ma altri problemi si affacciano: dalle malattie croniche agli effetti dei cambiamenti climatici»

ANNA GUAITA

H



ANNA GUAITA

H

a deciso di andare in pensione, anche se non intende fare il pensionato. L'immunologo Anthony Fauci, 82 anni da compiere la prossima vigilia di Natale, infatti, dopo 54 anni al Dipartimento Salute e dopo aver collaborato con sette presidenti Usa, continuerà a lavorare per la scienza anche quando, proprio a dicembre, lascerà il National Institute of Allergy and Infectious Disease, dove è stato direttore per 36 anni. «Ho l'energia, la passione e la

salute, ora vorrei fare qualcosa fuori dal governo. Vorrei fare lezioni e scrivere usando la mia esperienza per ispirare le nuove generazioni di scienziati e incoraggiarle affinché entrino nel servizio pubblico, specialmente nel settore della salute pubblica». Lezioni magari anche in Italia, per la quale riconosce un affetto profondo: «Sono orgoglioso di avere un cognome italiano. Sono orgoglioso che sia i miei nonni materni che quelli paterni fossero italiani, e spero che il lavoro che ho fatto



sia stato utile anche per voi italiani» spiega, con un pizzico di commozione a *MoltoSalute*.

Per tre anni lei è stato il punto di riferimento per tutto il mondo. Come ha retto psicologicamente?

«Quel che mi ha aiutato è stato comprendere l'enormità del problema che ci trova-

vamo davanti, non solo negli Stati Uniti, ma anche in Italia, in Europa, nel mondo. Dovevo concentrarmi come un raggio laser sulla mia responsabilità da direttore dell'Istituto delle Malattie Infettive. Dovevamo accertarci che ogni cosa che facevamo fosse basata sulla scienza, sulle prove davanti ai nostri occhi, sui dati, la verità. Purtroppo negli ultimi anni ci sono state distorsioni della realtà, sono state affermate cose non vere, si è perfino negata la pandemia. Ho dovuto usare tutta la mia forza per continuare a difendere le informazioni corrette, e poiché gli Usa sono i leader nella scienza, mi sono ritrovato in contatto con tutto il mondo, inclusi tanti colleghi e amici anche in Italia. Il mio sostegno? Fedeltà e fiducia nella scienza».

Eppure sono stati commessi degli errori. Se lei potesse andare indietro, cosa cambierebbe?

«Non si può parlare di errori perché trattavamo con un nemico misterioso e sconosciuto che si evolveva velocemente. All'inizio non sapevamo quanto aggressivo e insidioso fosse il Coronavirus, non sapevamo quanto facilmente passasse da persona a persona, che si trasmettesse via aerea e che anche gli asintomatici fossero veicoli di infezione. Se tornassi indietro con le cognizioni che abbiamo oggi, adotterei subito le mascherine».

La mascherina, lei continua a indossarla, vero?

«Noi negli Usa la raccomandiamo al chiuso, a seconda del livello di contagio nel luogo dove ci si trova. Laddove il contagio rimanga alto, ne suggeriamo l'uso, soprattutto per le persone anziane o per coloro che abbiano problemi di salute».

Arriva il richiamo contro Omicron e le sue sotto varianti BA.5 e BA.4, ma la gente è stanca dei richiami, pensa che oramai il Covid sia diventato una banale influenza. Lei cosa risponde?

«Guardiamo le statistiche. Sebbene in molte parti del mondo facciamo meglio, grazie al fatto che le persone sono vaccinate e che coloro che prendono il Covid si riprendono, i tassi di contagio rimangono alti a livelli inaccettabili. Un esempio: noi negli Usa, che è in una condizione simile

all'Italia come Paese ricco e sviluppato, abbiamo avuto più di un milione di morti. E ancora oggi, abbiamo una media di 300 morti al giorno. Andiamo meglio di un anno fa, ma dobbiamo ancora fare molto. Purtroppo negli Usa solo il 67% della popolazione è vaccinata e solo la metà di questi ha fatto il richiamo. Quindi non si può dire basta, dobbiamo spingere perché più gente si vaccini e faccia il richiamo».

Basterà fare un vaccino all'anno, come con l'influenza?

«Andiamo verso una certa probabilità che basti un vaccino all'anno per ovviare all'immunità che scompare. Un elemento molto peculiare del vaccino anti-Covid è che è diverso dai vaccini contro per esempio il morbillo o la poliomielite, perché in quei casi la protezione dura decenni se non la vita intera. La protezione da vaccino o infezione nel Covid invece non dura molto a lungo. È verosimile che dovremo fare un richiamo ogni anno, ma ci saranno persone che dovranno farlo anche più spesso se anziane o con precedenti malattie».

Ma perché? Il virus del Covid è più furbo di quello del morbillo?

«Non parlerei di intelligenza di un virus, ma è un fatto che chi, come me, quando era bambino ha avuto il morbillo, conserva l'immunità per il resto della sua vita. Il corpo cioè crea una forte risposta immunitaria. Invece perfino l'infezione naturale con il Covid non ti offre una protezione prolungata dalla re-infezione. Questo rende molto, molto, molto più difficile che un vaccino possa offrire una performance di protezione migliore di quello che la natura stessa offre. La natura del virus è così».

Dottor Fauci, ora che stiamo imparando a convivere con il Covid, di cosa dovremmo avere paura nel futuro?

«Da specialista di malattie infettive, mi preoccupa in primis di altri virus, ma come scienziato e medico vedo la minaccia dei cambiamenti climatici, il persistere di malattie croniche, e la cattiva alimentazione. Tutte queste sono minacce terribili per l'umanità. Quanto ai virus, ricordate che prima del 1981 l'HIV-AIDS non esisteva. E



da allora, in 41 anni, ha ucciso 37 milioni di persone. Altre pandemie sono arrivate prima del Covid, l'Ebola, la Zika. Ma la società mondiale deve preoccuparsi del problema del cambiamento climatico, che porterà con sé ricadute di ogni genere, molte ancora sconosciute. Poi le malattie croniche, alcune delle quali prevenibili come il cancro da fumo. La scienza ha davanti un ampio spettro di minacce da tenere d'occhio».

Lei dice sempre che la scienza deve stare lontano dalla politica.

Ma come può spiegarlo ai giovani?

«Si resti fedeli alla scienza. Lei sa che io sono stato attaccato da politici radicali in questo Paese, e bisogna avere coraggio per resistere a questo tipo di pressioni. Ma la scienza e la salute del pubblico sono troppo importanti per cedere, e proteggerle è una grande soddisfazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«MI SONO CONCENTRATO
COME UN RAGGIO
LASER PER DIFENDERE
LA VERITÀ CONTRO
CHI DISTORCEVA
LA REALTÀ»

«SOLO LA SCIENZA
PUÒ SCONFIGGERE
I NUOVI MALI: VOGLIO
ISPIRARE I GIOVANI
AFFINCHÉ ENTRINO
NEL SERVIZIO PUBBLICO»



L'immunologo
Anthony Fauci,
consigliere medico
della Casa Bianca
e direttore
del National
Institute of Allergy
and Infectious
Disease

***Sono orgoglioso
di avere
un cognome
italiano: tutti
i miei nonni
venivano
dall'Italia***



L'INTERVISTA/2 SANDRA GALLINA

«ASSISTENZA DI BASE FONDAMENTALE SERVONO PIÙ FONDI»

Dopo il via libera ai sieri contro le varianti Omicron, la direttrice per la Salute della Ue: «Occorre rimodellare i sistemi di sorveglianza sullo stato delle persone ma anche degli animali e dell'ambiente»

GABRIELE ROSANA

N

on abbassare la guardia e andare avanti con le vaccinazioni: il Covid-19 è ancora tra noi. Nell'era della "policrisi", l'Europa non ha fatto in tempo a chiudere la parentesi della pandemia prima di essere travolta da guerra e inflazione record: i dossier di fuoco a Bruxelles riguardano adesso energia e caro-bollette, mentre green pass e mascherine finiscono per essere uno sbiadito ricordo. Eppure il rischio rimane. Per questo la Commissione europea ha da poco diffuso tra gli Stati una nuova serie di indicazioni per non farsi trovare impreparati all'autunno.

Per *MoltoSalute* Sandra Gallina, direttrice generale per la Salute e la sicurezza alimentare fa il punto: tra i funzionari italiani più alti in grado dell'esecutivo Ue, è lei che ha negoziato gli accordi di acquisto congiunto dei vaccini, esperimento che ha dimostrato - dice - il «valore aggiunto dell'Unione e dello stretto coordinamento tra gli Stati».

In cosa consistono le linee guida della Commissione?

«Il virus è in mezzo a noi, e probabilmente causerà ulteriori si-

tuazioni di stress sui nostri sistemi sanitari e sulle nostre società tra autunno e inverno. Serve quindi fare quadrato e assicurarci di essere preparati, e il più possibile protetti, quando affronteremo i prossimi mesi. Il primo passo consiste in una buona sorveglianza e in piani finalizzati alla prevenzione attraverso rigorose strategie di vaccinazione: dobbiamo continuare a colmare le lacune vaccinali e migliorare la somministrazione in coloro che non hanno fatto alcuna dose o che non hanno ancora effettuato il richiamo, e al tempo stesso iniziare un nuovo ciclo di vaccinazioni per i soggetti a rischio».

Che ruolo rivestono i vaccini aggiornati in questa strategia?

«Abbiamo seguito la raccomandazione dell'EmA, l'Agenzia Ue dei medicinali, dando il via libera ai vaccini di BioNTech/Pfizer e Moderna adattati a Omicron da utilizzare per le dosi di richiamo in tutta l'Unione. Ora è arrivata anche l'autorizzazione dell'EmA per il vaccino BioNTech/Pfizer contro il Covid adattato alle subvarianti Omicron 4 e 5. Non appena questi nuovi farmaci saranno consegnati, le strategie di vaccinazione nazionali dovranno raggiungere i gruppi che ne hanno maggiormente bisogno. L'EmA e l'Ecdc, l'Agenzia Ue per la prevenzione delle malattie, consigliano di somministrare i "booster" a ultrasessantenni, persone con

patologie di base o con un sistema immunitario compromesso e alle donne in gravidanza».

Pensa che un ritorno a mascherine, distanziamento sociale, restrizioni ai viaggi e magari anche green pass sia possibile nel prossimo futuro?

«Dobbiamo tenerci pronti a ciò che potrebbe accadere di fronte a un nuovo picco di contagi. E, nel caso, adottare le misure che si sono già dimostrate capaci di tenere il virus sotto controllo, come mascherine e distanziamento fisico in casi specifici, ad esempio sui trasporti pubblici. Le limitazioni alla libera circolazione delle persone, pietra miliare della nostra Ue, devono invece essere ridotte al minimo. Non possiamo escludere completamente future restrizioni agli spostamenti, ma se reintrodotte dovranno sempre essere proporzionali all'obiettivo di tutela della salute pubblica, anche grazie



all'uso del certificato digitale Covid-19».

Che lezioni ha imparato negoziando l'acquisto congiunto di vaccini?

«L'esperienza dei vaccini ci ha dimostrato che la collaborazione senza precedenti degli Stati membri è stata determinante: così abbiamo salvato milioni di vite. Ci ha anche insegnato che abbiamo un enorme mercato farmaceutico e che tutti i cittadini europei hanno diritto a farmaci accessibili e a prezzi contenuti: saranno questi i principi guida della revisione della legislazione in materia che proporranno nei prossimi mesi».

Quali sono le nuove sfide all'orizzonte per

la politica sanitaria in Europa?

«Il Covid-19 ha messo in luce dei limiti significativi: i nostri sistemi sanitari non erano in grado di fronteggiare l'insorgere di una pandemia; non avevamo una capacità sufficiente né abbastanza personale sanitario per gestire eventuali picchi. Insomma, ci ha ricordato che un'assistenza di base forte è fondamentale. L'emergenza ha pure di-

mostrato che non stiamo investendo abbastanza risorse nella prevenzione. Eppure è così semplice: persone sane creano società ed economie sane. Occorre rimodellare i nostri sistemi di sorveglianza che monitorano non solo la salute pubblica, ma anche quella degli animali e dell'ambiente e rafforzare le agenzie sanitarie Ue. E prepararsi al meglio al possibile insorgere di future pandemie».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«UN RACCORDO
SENZA
PRECEDENTI
TRA GLI STATI
HA SALVATO
MILIONI DI VITE»



Sandra Gallina, direttrice generale per la Salute e la sicurezza alimentare della Commissione europea





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**CANDIDATA
AL NOBEL**

«Il mio vaccino libero
cura India e Botswana»

Viana a pagina 12



«Il mio vaccino libero dai brevetti Così la scienza aiuta i più poveri»

PAOLO VIANA

Se riceverà il premio Nobel, Maria Elena Bottazzi dimostrerà che la scienza è uno strumento di pace. Perché di meriti scientifici ne ha indubbiamente molti, questa ricercatrice honduregna naturalizzata statunitense e di origini genovesi, che ha inventato il vaccino anti-Covid Corbevax. Ma è la scelta di diffonderlo senza brevetto che l'ha proiettata tra i candidati al Premio Nobel per la Pace.

Bottazzi oggi riceverà il Premio internazionale LericiPea "Liguri nel Mondo" 2022, a Genova nella Sala di Rappresentanza "Liguri nel Mondo". Da sempre si dedica allo sviluppo di vaccini per i poveri e dice di credere «in una "scienza aperta"». Aggiunge: «Penso che eticamente sia ingiusto trarre profitti da un'emergenza sanitaria globale. Nella mia vita non ho mai pensato neppure per un istante di poter diventare ricca studiando vaccini. Il mio unico scopo, come ricercatore, è aiutare le persone più povere». Oggi Bottazzi è vice-decana della Scuola nazionale di Medicina tropicale, professore di pediatria, virologia molecolare e microbiologia, capo divisione di Medicina tropicale pediatrica e co-di-

rettrice del Centro di sviluppo per vaccini dell'Ospedale pediatrico del Texas presso il Collegio di Medicina di Baylor a Houston e professore di Biologia all'Università di Baylor a Waco. Nella sua carriera, ha lavorato sulle malattie trascurate come il coronavirus, l'anchilostoma, la schistosomiasi e il Chagas, che colpiscono le popolazioni più povere. Ha più di 280 articoli scientifici al proprio attivo e ha partecipato a oltre 250 conferenze in tutto il mondo. Nel 2022, con il dottor Peter Hotez, è stata nominata dalla deputata del Texas, Lizzie Fletcher, per il Nobel per la Pace, per aver deciso di rendere accessibile a tutti, non brevettandolo, il vaccino anti Covid-19. Si chiama Corbevax e impiega un metodo convenzionale che sfrutta la tecnica delle proteine "ricombinanti", facile da replicare e dunque alla portata della maggior parte dei Paesi più poveri. Ce ne parla lei stessa in questa intervista.

Qual è l'efficacia di questo vaccino sui nuovi ceppi del virus?

La neutralizzazione contro il ceppo ancestrale-Wuhan è indicativa – ci risponde la ricercatrice – di un'efficacia superiore al 90% per la prevenzione delle infezioni sintomatiche, sulla base della valuta-

zione dei correlati di protezione eseguita durante gli studi di fase 3 sui vaccini Moderna e Astra-Zeneca. Contro il ceppo Delta indica un'efficacia del vaccino superiore all'80% per la prevenzione delle infezioni sintomatiche sulla base di studi pubblicati. Come tutti gli altri vaccini, Corbevax continua a proteggere contro il ceppo Omicron, in ordine alla protezione contro la malattia severa e il ricovero e si comporta in modo simile ai vaccini a Rna contro l'infezione e la trasmissione.

Il virus muta. Potrà mutare anche Corbevax, come avviene per altri vaccini?

Corbevax è un vaccino composto da una proteina sintetica (dominio di legame del recettore) prodotta in laboratorio usando il sistema di produzione con il lievito. In effetti nel nostro laboratorio abbiamo diverse versioni della proteina Rbd adattata alle nuove sequenze dei cep-





pi del virus. È possibile che una nuova versione del Corbevax sia prodotta in futuro, come, per esempio, un vaccino bivalente con un Rbd del ceppo ancestrale più un ceppo Omicron.

Questo vaccino è sicuramente un'eccezione perché non viene brevettato. Quali sono i vantaggi e quali gli svantaggi sul piano della diffusione che potrà avere nel mondo?

Tra i vantaggi risiede il fatto che tutto il processo di sviluppo è pubblicato oppure è "open science", il che permette a chiunque poter replicare gli studi e sviluppare il vaccino in sede locale. Essendo una piattaforma conosciuta e tradizionale porta inoltre con sé dei benefici clinici, come per esempio: altamente protettivo;

ottimo profilo di sicurezza adatto ad adulti e bambini; altamente immunogenico; anticorpi neutralizzanti virus altamente durevoli e di lunga durata; costo più basso (Rs 250 = \$ 1,90 per dose); tecnologia vegana che anche permette le certificazioni halal; funziona contro un'ampia gamma di varianti di interesse; idoneità al trasferimento di tecnologia ai produttori di vaccini dei paesi a basso e medio reddito.

Chi lo produce oggi?

Il vaccino è già autorizzato in India e in Botswana. Più di 70 milioni di vaccinazioni in ragazzi fra i 12 e i 14 anni in India e con l'approvazione negli adulti per l'utilizzo come rinforzo vaccinale. L'Oms sta completando la prequalificazione per conferire l'approvazione globale. È prodotto da

"Biological E" in India e la società indonesiana Pt Bio Farma sta producendo una versione Halal.

Pensa che si arriverà mai a una sospensione dei brevetti in emergenze come quella pandemica, oppure la strada da seguire è quella di Cobervax, cioè iniziative di ricerca "controcorrente" che spiazzano il mercato di Big Pharma?

È molto improbabile una sospensione di tutti i brevetti. Diversi modelli di sviluppo di vaccini coesisteranno ma l'importante è rompere il dogma che solo le multinazionali possano "spiazzare" il mercato. Noi continueremo ad andare controcorrente e l'importante è che altri come noi possano disgregare lo status quo e che entrambi i modelli possano essere usati.

L'INTERVISTA

La storia di Maria Elena Bottazzi, microbiologa e candidata al Nobel per la pace. Con Cobervax, già autorizzato in India e in Botswana, ha lanciato la profilassi nel resto del mondo trascurato da "Big Pharma"

Maria Elena Bottazzi è vice-decana della Scuola nazionale di Medicina tropicale



LA PANDEMIA

LA LEZIONE DEL LOCKDOWN E LE RISSE DELLA SCIENZA

EUGENIA TOGNOTTI

Che cosa hanno imparato gli scienziati dalle politiche di lockdown introdotte per limitare i contatti sociali e quindi la diffusione del coronavirus nella prima metà del 2020? - PAGINA 29

LA LEZIONE DEL LOCKDOWN

EUGENIA TOGNOTTI

Che cosa hanno imparato gli scienziati dalle politiche di lockdown introdotte - come in un remoto passato di coprifuoco e quarantene - per limitare i contatti sociali e quindi la diffusione del coronavirus nella prima metà del 2020? È possibile tracciare il bilancio delle pesanti misure messe in campo nel mondo, in momenti diversi, quali l'ingiunzione di restare a casa, la chiusura di negozi, ristoranti, scuole e università, la cancellazione di eventi sportivi e culturali? Ritorna su questa domanda un articolo pubblicato da Nature che racconta la storia delle dispute tra scienziati circa le chiusure. E, insieme, il caso - insolito - di un saggio ritirato, "retracted", dai responsabili della rivista Scientific Reports, in seguito a numerose segnalazioni di errori nella scelta dei metodi statistici, all'origine di risultati imperfetti. E non che si trattasse di una questione di poco conto: in campo c'era la valutazione sulla drammatica scelta effettuata all'inizio del 2020 - l'unica possibile in era pre vaccini - di limitare i contatti sociali, per arginare la diffusione di Sars-CoV-2 ed evitare il collasso dei sistemi sanitari. La maggior parte degli scienziati concordava sul fatto che quelle misure avevano frenato le morti per Covid-19 e che i governi avevano seguito una strada obbligata. Nel marzo 2021 era però comparsa, provocando un enorme clamore nella letteratura scientifica - l'analisi controcorrente condotta da un ostetrico e ginecologo brasiliano, Ricardo Savaris, (Università Federale del Rio Grande do Sul), insieme a tre colleghi impegnati nel campo della statistica e dell'informatica. Con l'obiettivo di valutare l'associazione tra la permanenza a casa e la riduzione/aumento del numero di decessi dovuti al Covid-19 in diverse regioni del mondo, Savaris e colleghi hanno messo a confronto 87 luoghi in tutto il mondo - compresa l'Italia, la prima a sperimentare il lockdown - per verificare se tassi più bassi di decessi erano correlati con più tempo trascorso a casa. Per valutare il movimento delle persone si sono basati su dati anonimi provenienti da telefoni cellulari rilasciati da Google. La conclusione era che nella maggior parte dei casi, stando allo studio, i lockdowns



non avevano frenato le morti per Covid. Quei risultati hanno l'effetto di una bomba. Molti si attirano l'attenzione sulla ricerca e la notizia comincia a diffondersi rapidamente, galvanizzando gli scettici e i critici delle misure di lockdown, sostenute dall'Oms e dalle autorità locali, oltre che dalle piattaforme dei social media. Quasi immediatamente le critiche di numerosi ricercatori trovano spazio (e ascolto) nella rivista che, dopo una settimana dalla pubblicazione, pubblica una "nota" dandone conto ai lettori. Seguono, nove mesi dopo, due lettere che mettono in discussione la metodologia del lavoro. Infine, a pochi giorni di distanza, arriva il ritiro del saggio, contro il quale nulla può l'opposizione degli autori.

La vicenda della ritrattazione fa da sfondo, nell'articolo di Nature, all'istruttiva rassegna delle posizioni di innumerevoli scienziati sui lockdowns dal titolo: "Ciò che gli scienziati hanno imparato dalle misure di lockdowns". Se le restrizioni sui contatti sociali hanno arginato la diffusione dell'infezione, è un'impresa complicata e difficile - è la conclusione - quella di valutare i benefici finali e i costi (il carico di sacrifici, i danni economici e sociali). Restano le tante lezioni che ci consegnano gli studi: c'era, nell'immediato, l'opportunità di eliminare il virus, come è successo in Paesi come Cina, Australia e Nuova Zelanda. Forse, se si fossero adottate precocemente misure più rigorose e su scala più ampia, la pandemia non avrebbe assunto le sinistre dimensioni che abbiamo conosciuto. E c'è un'altra lezione da tenere a mente se una futura pandemia si diffondesse in modo completamente diverso rispetto al Covid-19, cosa che implicherebbe decisioni completamente diverse. Infine, la pandemia si è incaricata di rivelare in tutta la sua forza l'inasprimento delle disuguaglianze che già prosperano nella società. I più colpiti sono stati coloro che vivono in povertà e in una condizione di insicurezza. —



Tumori, un unico test studia centinaia di mutazioni

Un test solo per studiare oltre centinaia di mutazioni e imprimere una svolta che può cambiare la lotta al cancro. E' la profilazione molecolare estesa, che può produrre vantaggi diretti per almeno 4 pazienti oncologici su 10 secondo i risultati dello studio 'Rome Trial', promosso da Istituto superiore di sanità, Università Sapienza di Roma e Fondazione per la medicina personalizzata. I dati sono stati presentati al Congresso della Società europea di oncologia medica (Esmo), che si è chiuso ieri a Parigi.

Nel dettaglio - riporta una nota - il 56% dei pazienti che hanno effettuato la profilazione molecolare estesa del loro tumore è stato al centro della discussione da parte di un gruppo multidisciplinare. Di questi malati, oltre la metà ha avuto la possibilità di ricevere immediatamente o dopo una terapia scelta dal centro di riferimento, farmaci a bersaglio molecolare o immunoterapia. Inoltre, nel 18% dei casi il test ha fornito indicazioni utili a correggere la chemioterapia, identificata come la migliore prima di conoscere il risultato della profilazione estesa, e il 12% ha avuto la possibilità di accedere ad altri studi in corso in Italia. In conclusione, circa il 40% dei pazienti ha ottenuto opportunità terapeutiche aggiuntive dalla profilazione genomica estesa, rispetto alla valutazione delle sole mutazioni note per la possibile associazione con farmaci a bersaglio molecolare. Inoltre, nel 16% dei casi è stata identificata un'alterazione della cellula tumorale presente nell'intero organismo e che predispone all'insorgenza del cancro. Il punto di partenza per eseguire a cascata una consulenza oncogenetica volta a ricercare la stessa mutazione anche tra i parenti del paziente, aprendo un ombrello protettivo su



tutta la famiglia.

"Nell'oncologia di precisione deve essere superato l'assioma mutazione-farmaco - afferma Paolo Marchetti, direttore scientifico dell'Idi di Roma, ordinario di Oncologia alla Sapienza presidente della Fondazione per la medicina personalizzata - E' necessario studiare nell'insieme quante più alterazioni possibili per comprendere non solo il possibile bersaglio, ma anche le sue vie di interazione. Con il nostro studio abbiamo analizzato oltre 780 pazienti di diversi centri della Penisola. Abbiamo dimostrato che un'ampia profilazione genomica all'interno di uno specifico Molecular Tumor Board (Mtb), cioè un gruppo multidisciplinare, determina vantaggi importanti per quei malati che possono ricorrere a farmaci a bersaglio molecolare o all'immunoterapia, indipendentemente dalla sede iniziale della neoplasia e dalla disponibilità di studi preliminari di attività".

Il Rome Trial continuerà con il progetto 'Beyond the Rome Trial' presentato ieri all'Iss, prosegue la nota. Verrà condotto in una rete di centri di eccellenza (i 41 già aderenti al Rome Trial) e in 11 Mtb di rilevanza nazionale, che utilizzeranno una stessa piattaforma di discussione e raccolta dati, realizzata dal Cineca insieme all'Università Sapienza.

"Vogliamo sviluppare in Italia un progetto di oncologia mutazionale con tutte le sue innumerevoli potenzialità - sottolinea Marchetti - La profilazione estesa, infatti, è molto più grande di quella tradizionale legata al modello istologico. Quest'ultima si basa sulla ricerca di una singola mutazione a cui associare un farmaco. In questi casi il patologo, per aiutare l'oncologo a selezionare la terapia, per esempio nel tumore del polmone deve svolgere 10 singoli esami. E' invece molto più economico ed efficiente eseguire un test unico in grado di



ricercare e studiare tutti insieme i geni attraverso l'impiego di piccoli pannelli di Ngs (Next Generation Sequencing). Nella profilazione estesa non utilizziamo piccoli pannelli Ngs per vedere 8 o 10 mutazioni. Svolgiamo una ricerca più ampia e riusciamo ad analizzare fino a 340 o oltre 500 mutazioni significative nell'evoluzione della neoplasia".

"Oggi la profilazione estesa può essere svolta in diversi centri italiani ed è effettuata nei pazienti oncologici metastatici che hanno svolto non più di due linee di trattamento. Lo studio che verrà proposto oggi alle aziende del farmaco e a quelle impegnate nella profilazione genomica - evidenzia il direttore scientifico Idi - rappresenta una risposta alla necessità di regolare l'accesso a terapie a bersaglio molecolare, di cui non abbiamo ancora informazioni in singole tipologie di tumore. Non è sufficiente effettuare un test genomico per pensare di trattare i pazienti al di fuori di un percorso controllato e condiviso. Evitare trattamenti improvvisati e promuovere la conoscenza in questo settore della oncologia mutazionale rappresenta la sfida che stiamo conducendo insieme a prestigiose istituzioni".

Italiani scoprono tris proteine che potrebbe ridurre danni post infarto

Si chiama 'Funsel', e funziona come una sorta di "motore di ricerca" delle proteine: esamina una libreria di proteine umane per identificare quelle con potenziale terapeutico. E' il metodo con cui un gruppo di scienziati italiani ha identificato, fra quasi 1.200, un tris di proteine (Chrdl1, Fam3c e Fam3b) che hanno dimostrato di prevenire il danno cardiaco nei topi dopo un infarto e di preservare la funzione cardiaca nel tempo. I dati preclinici positivi sono descritti su 'Science Translational Medicine', e delineano i meccanismi delle tre proteine, che hanno dimostrato questo effetto protettivo.

Somministrate ai topi dopo attacco cardiaco, Chrdl1, Fam3c e Fam3b hanno ridotto in modo significativo i danni al tessuto. La scoperta del team tricolore è protagonista anche di un focus online su 'Nature Italy'. Il nuovo sistema descritto dai ricercatori potrebbe essere applicato anche ad altre malattie neurodegenerative. Quando si verifica un infarto le cellule muscolari cardiache iniziano a morire. E la necrosi del tessuto continua a espandersi anche dopo il ripristino del flusso sanguigno. L'insufficienza cardiaca post infarto è causata dunque dalla perdita irreversibile di cellule cardiache. Da qui la necessità di sviluppare terapie efficaci per prevenire la morte di queste cellule.

"Questa è la prima volta in assoluto che i fattori potenzialmente curativi per il cuore vengono identificati direttamente per il loro potenziale terapeutico", ha spiegato Mauro Giacca, professore di scienze cardiovascolari al King's College di Londra (ma la ricerca protagonista dello studio è iniziata al Centro internazionale di ingegneria genetica e biotecnologie di Trieste). "Ognuna delle tre proteine che abbiamo individuato può essere somministrata subito



dopo un infarto per ridurre al minimo il danno cardiaco e quindi prevenire l'insufficienza cardiaca. Da molto tempo non c'è stato uno sviluppo significativo in questo campo, quindi siamo molto entusiasti di questa scoperta", ha commentato.

Gli scienziati sono partiti da una libreria di 1.198 geni, hanno somministrato questi geni alle cellule del muscolo cardiaco dei topi mediante vettori virali. Le cellule cardiache che producevano fattori protettivi avevano maggiori probabilità di sopravvivere. Tre settimane dopo, gli studiosi hanno esaminato il tessuto cardiaco dei topi. "Abbiamo usato il sequenziamento per cercare i geni trasferiti nelle cellule cardiache sopravvissute, e abbiamo confrontato le loro frequenze con quelle del preparato virale prima dell'iniezione", spiega Giacca, secondo quanto riporta 'Nature Italy'. "I geni che inducono protezione erano stati selezionati positivamente rispetto agli altri, e abbiamo chiamato questo metodo FunSel, da selezione funzionale". Sono state intercettate così le tre proteine più efficaci. A che punto è la ricerca? Ora, ha aggiunto infine lo scienziato, "stiamo testando le tre proteine nei maiali e, tra un paio d'anni speriamo di iniziare gli studi clinici sui pazienti umani".



MACULOPATIA LUCE NUOVA IN CHIRURGIA

Passi da gigante contro la malattia degli occhi che colpisce soprattutto gli anziani: primo impianto di retina artificiale al San Giovanni di Roma e interventi sperimentali negli Stati Uniti con le cellule staminali dei pazienti ricondizionate e riapplicate

N

uova luce in sala operatoria per la maculopatia, la patologia che oscura la vista, una macchia sulla retina, che colpisce soprattutto la popolazione anziana. Ad accenderla, e con essa la speranza per quanti non vedono più bene, sono due interventi rivoluzionari, uno in Italia e l'altro negli Usa.

All'Azienda ospedaliera San Giovanni Addolorata di Roma è stato eseguito il primo impianto di retina artificiale nel nostro Paese. Guidata dal responsabile Uosd chirurgia vitreoretinica Marco Pileri, l'equipe ha installato su un paziente di 91 anni un microchip PRIMA. «La nostra aspettativa è ridare la possibilità di leggere lettere, numeri, parole e piccole frasi - sottolinea Andrea Cusumano, direttore scientifico del progetto PRIMAvera per l'Italia - si prevedono presto altre due interventi». In particolare lo studio clinico internazionale PRIMAvera, condotto nel nostro Paese dal Con-

sorzio tra l'Università Tor Vergata e presidio Britannico, prevede un totale di 38 pazienti in tutta Europa.

La malattia rappresenta la prima causa di cecità e ipovisione degli over 65: in Italia sono circa un milione di pazienti, 850mila con la forma artrofica secca incurabile e circa 150mila affetti dalla forma essudativa umida il cui decorso si può fermare con le iniezioni intravitreali.

TRATTAMENTI

Negli Stati Uniti poi c'è stato il primo intervento sperimentale per il trattamento della degenerazione maculare avanzata secca. Lo hanno eseguito i ricercatori del Clinical center dei National Institute of Health degli Usa. L'occhio è curato grazie all'applicazione di un lembo di tessuto ricavato dalle cellule del sangue estratte dal paziente e fatte "evolvere" in cellule retiniche. «È una strada molto interessante - spiega Stanislao Rizzo, direttore dell'UOC Oculistica del Policlinico Gemelli e membro

del consiglio direttivo Società italiana di scienze oftalmologiche (Siso) - ma niente false illusioni, lo studio è nella prima fase cosiddetta di sicurezza, dimostra che l'impianto è sicuro, ma ha riguardato poche decine di pazienti. Capiremo, su centinaia di casi, l'efficacia».

La sperimentazione riguarda i casi della maculopatia umida ed è il frutto di un percorso di ricerca che ha già dato risultati positivi nei modelli animali. «Lo studio si basa sull'utilizzo di cellule del sangue dei pazienti affetti dalla maculopatia che vengono ricondizionate e trasformate in staminali pluripotenti. Questo da una parte ci consente di non avere la reazione immunologica del paziente e quindi di non dover effettuare terapie immunosoppressive, dall'altra di realizzare uno strato di tessuto da collocare al di sotto della retina. Si tratta di una chirurgia delicata che va a sostituire l'epitelio pigmentato, strato della macula che nella maculopatia va in atrofia». Tempi? Non brevi: «Serviranno anni» - chiarisce Rizzo. L'utilizzo di staminali è al centro della ricerca in tutto il mondo: «Al Gemelli stiamo per cominciare la sperimentazione su un fattore trofico che possa impedire che le cellule retiniche vadano incontro al processo di degenerazione irreversibile che caratterizza la maculopatia. Anche in questo caso, bisognerà aspettare per avere risultati».

**GIOVANNI
DEL GIACCIO**



LO SCREENING

SE DIABETE E IPERTENSIONE PORTANO AL GLAUCOMA

Prima si sviluppano il diabete di tipo 2 o l'ipertensione nella vita, prima è probabile che insorga anche il glaucoma primario ad angolo aperto, la principale causa di cecità irreversibile nel mondo.

Lo rileva una ricerca dell'UT Southwestern, pubblicata sulla rivista *Clinical Ophthalmology*. Decine di milioni di persone hanno questa patologia oculare nel mondo: poiché la malattia ha pochi sintomi nelle prime fasi, secondo i ricercatori i pazienti vengono spesso diagnosticati nelle fasi successive quando la vista è già stata danneggiata. Sebbene siano stati identificati diversi fattori di rischio per lo sviluppo di glaucoma primario ad angolo aperto (che rappresenta fino al 90% di tutti i casi di glaucoma) tra cui diabete di tipo 2, iper-

tensione, emicrania e apnea ostruttiva del sonno, non risultava chiaro come potessero influenzare l'insorgenza della patologia.

Per rispondere a questa domanda, sono stati raccolti i dati dalle cartelle cliniche di 389 pazienti con glaucoma primario ad angolo aperto, che si sono recati tra giugno 2019 e dicembre 2019 presso la clinica oculistica dell'Università americana. È stato possibile stabilire che l'età della diagnosi di diabete di tipo 2 o ipertensione era collegata all'insorgenza della malattia oculare.

Il dottor Karanjit Kooner, principale autore dello studio, osserva che sia il diabete di tipo 2 che l'ipertensione sono malattie che colpiscono i vasi sanguigni sia del nervo ottico che della retina, causando potenzialmente cambiamenti che predispongono i pazienti al glaucoma primario ad an-

lo aperto, un'altra condizione con un importante aspetto vascolare.

Se queste connessioni dovessero reggere nella ricerca futura, concludono i ricercatori, il diabete di tipo 2 e l'ipertensione potrebbero essere aggiunti all'elenco dei fattori che possono attivare lo screening per il glaucoma.

A. Cap.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

1

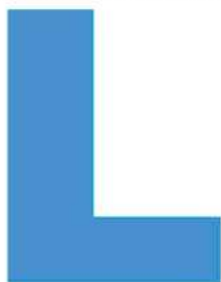
Un milione di persone è affetto da maculopatia in Italia. I principali fattori di rischio sono l'età avanzata, il fumo, l'alcol e l'obesità



MENO MEDICINE ADESSO C'È UN CHIP PER SCONFIGGERE IL DOLORE CRONICO

Al Centro di terapia antalgica di Castelfranco Emilia applicato per la prima volta un impianto wireless di neurostimolazione a una paziente sulla sedia a rotelle. La direttrice Cristina Mastronicola: «Sparita la sofferenza, ora cammina e guida»

GRAZIELLA MELINA



a diagnosi sembrava quasi una condanna: cisti in corrispondenza della colonna vertebrale. Vuol dire che bisogna convivere col fatto che il dolore non dà tregua.

Ma una signora di Campogalliano, in provincia di Modena, oggi 79 anni, ormai costretta a stare su una sedia a rotelle, su consiglio dei neurochirurghi che l'avevano visitata decide di rivolgersi al Centro di Terapia Antalgica di Castelfranco Emilia. Sperando almeno in una tregua dal dolore.

E invece, grazie ad un'intuizione di Cristina Mastronicola, direttrice del Centro di Castelfranco Emilia, la signora ora non solo non deve più fare i conti con la sofferenza causata dalle cisti, ma ha ripreso persino a camminare. «Abbiamo deciso di applicarle un impianto wireless che emette neurostimolazioni per con-

trollare il dolore causato appunto dalla compressione dei nervi - spiega Mastronicola - Rispetto agli impianti tradizionali, che da tempo utilizziamo per i nostri pazienti in collaborazione con l'ospedale di Vignola, questo dispositivo ha il vantaggio di non dover essere sostituito per usura delle pile».

L'INTERVENTO

Gli elettrodi terminano con una piccola antenna ricevente e tutto l'apparecchio si trova sottopelle. La parte esterna dell'apparecchio va indossata attraverso una fascia di tessuto che si può togliere. L'impianto non era mai stato utilizzato in Italia per il controllo del dolore dorsale delle cisti di Tarlov. «La membrana che avvolge il midollo spinale e trattiene la parte del liquor - spiega Mastronicola - a volte forma delle cisti. Il problema è che la maggior parte delle volte si manifestano a livello lombare e sacrale».

Nel caso della signora di

Campogalliano, invece, le cisti si erano formate a livello dorsale alto. «Questa situazione - rimarca Mastronicola - comportava che le estroflessioni piene di liquido andassero a schiacciare la struttura nervo-

sa creando una sofferenza dell'intercostale. Il dolore persistente si accentuava perciò con l'assunzione della posizione eretta». Per evitare di stare male, la signora si era autolimitata, si era messa sulla sedia a rotelle da 13 anni. Con l'applicazione dell'impianto wireless finalmente ha ripreso in mano la sua vita.

«La signora è stata sottoposta ad un unico intervento chirurgico, poi ad un ricovero di 24 ore all'ospedale di Vignola - spiega Federica Casoni, direttrice del distretto di Vignola e responsabile di direzione sanitaria dell'ospedale - Dal 2021 l'équipe del centro hub di terapia del dolore di Castelfranco effettua interventi più complessi fra cui quello a cui è stata sottoposta la signora, lavoriamo in sinergia con più specialisti». Dopo l'intervento, nel giro di pochi giorni la donna ha ripreso a muoversi e



non ha più bisogno della sedia a rotelle.

«Non sentendo più dolore – racconta Mastronicola – la signora ora riesce a camminare, a fare ginnastica e può attenuare l'apporto farmacologico. Questo vuol dire che ha effetti collaterali meno evidenti, meno interferenze con altri farmaci che eventualmente deve assumere per altre problematiche. Per alcune ore toglie la fascia e continua a non sentire dolore. Ora ha ripreso

persino a guidare la macchina».

Le prospettive sono incoraggianti per i pazienti che non possono sottoporsi ad un intervento chirurgico invasivo. «La terapia farmacologica – ribadisce la direttrice del Centro di Castelfranco Emilia – è il primo approccio. Poi su alcuni tipi di dolore, come quelli neuropatici, sappiamo che la cura farmacologica non sempre dà buoni risultati. In quel

caso, la terapia fisica e quindi la neurostimolazione rappresentano il trattamento più brillante».

10

La percentuale della popolazione mondiale che soffre di dolore cronico

21,7

La percentuale della popolazione italiana colpita dal dolore cronico. Si tratta di 13 milioni di abitanti

I PUNTI

SI

DISPOSITIVO SENZA FINE NON SI SCARICANO LE PILE

Un impianto wireless di ultima generazione, rispetto ai chip di neurostimolazioni tradizionali, ha il vantaggio di non dover essere sostituito quando le pile si usurano o si esauriscono

NO

NON SOTTOVALUTARE LE TERAPIE CON I MEDICINALI

La terapia farmacologica resta sempre il primo approccio ma per alcuni tipi di dolori come quelli neuropatici la cura non sempre dà buoni risultati. La decisione però è sempre da prendere con il medico



Nuovi rischi per l'abuso di antibiotici

di **Elena Meli**

Esagerare con gli antibiotici è un rischio non solo perché più se ne usano, più è probabile compaiano germi resistenti che possono diventare difficili da debellare: dati presentati durante l'ultima Digestive Disease Week dell'American Gastroenterological Association dimostrano che l'eccesso di antibiotici aumenta il pericolo di sviluppare una malattia infiammatoria cronica intestinale, come malattia di Crohn o colite ulcerosa. I risultati arrivano da un'ampia indagine danese per la quale sono state analizzate le nuove diagnosi di malattie infiammatorie croniche intestinali (o MICI) in persone con oltre sessant'anni: anche se in termini assoluti il rischio resta basso, dall'analisi emerge che con un ciclo di antibiotici seguito negli ultimi cinque anni la probabilità di diagnosi cresce del 27 per cento, con due cicli sale al 55 per cento e così via, fino a un incremento del 236 per cento se si sono ricevute più di cinque prescrizioni nell'ultimo lustro, a prescindere dalla classe di antibiotici usata e con un effetto netto soprattutto con i medicinali per trattare infezioni intestinali. Un verdetto che, oltre a confermare quanto sia opportuno andare cauti con gli antibiotici, conferma quanto gli esperti sospettano da tempo, ovvero che per lo sviluppo delle MICI conta la predisposizione genetica, ma anche l'ambiente. «L'uso indiscriminato di antibiotici è un elemento chiave: si è visto che anche essere sottoposti a tanti cicli durante l'infanzia aumenta il rischio,

tutto con i medicinali per trattare infezioni intestinali. Un verdetto che, oltre a confermare quanto sia opportuno andare cauti con gli antibiotici, conferma quanto gli esperti sospettano da tempo, ovvero che per lo sviluppo delle MICI conta la predisposizione genetica, ma anche l'ambiente. «L'uso indiscriminato di antibiotici è un elemento chiave: si è visto che anche essere sottoposti a tanti cicli durante l'infanzia aumenta il rischio,

È noto che il ricorso a questi farmaci è responsabile del fenomeno della resistenza batterica, ma ora si sa che può anche favorire l'insorgenza di colite ulcerosa e morbo di Crohn

probabilmente perché "si perdono" ceppi della flora intestinale protettivi, utili a rendere il sistema immunitario più forte e quindi a ridurre il pericolo di malattie autoimmuni e infiammatorie», conferma Silvio Danese, docente di Gastroenterologia dell'Università Vita-Salute San Raffaele e primario di Gastroenterologia ed endoscopia digestiva all'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano. «È decisiva anche la dieta, sebbene non conosciamo la "ricetta" per la prevenzione e non ci siano a oggi cibi proibiti, ma solo indicazioni di buonsenso (si veda il box)». Secondo le proiezioni degli esperti, Crohn e colite ulcerosa sono in aumento e si stima un raddoppio dei

casi entro il 2030, quando i pazienti italiani saranno circa 500 mila; la diagnosi tuttora non è sempre rapida perché soprattutto nel caso della malattia di Crohn i sintomi vengono spesso confusi con quelli del colon irritabile, specialmente se oltre a feci poco formate e sintomi gastrointestinali non ci sono manifestazioni come dolori alle articolazioni, perdita di peso, fistole perianali; la colite ulcerosa invece di solito si riconosce più velocemente, perché la diarrea con perdita di sangue è molto frequente e distintiva. Oggi esistono molte possibilità di cura e per i pazienti con colite ulcerosa da moderata a grave per esempio è in arrivo upadacitinib, un farmaco biologico da prendere per via orale che inibisce selettivamente enzimi coinvolti nella cascata infiammatoria della malattia: già usato in patologie come l'artrite reumatoide e psoriasica, ha ricevuto da poco il parere positivo dal Comitato per i medicinali ad uso umano dell'Agenzia Europea per i Medicinali, sulla scorta di un ampio studio coordi-

nato da Danese e pubblicato su *The Lancet* in cui se ne sono valutati gli effetti in fase iniziale di terapia, quando è necessario «spegnere» l'infiammazione, e come mantenimento nel medio-lungo termine. «Abbiamo osservato che upadacitinib dà benefici clinici già dopo un giorno dall'inizio della cura, un vantaggio molto significativo», spiega Danese. «Ci sono però buone notizie anche per i pazienti con malattia di Crohn: in contemporanea abbiamo pubblicato dati positivi su risankizumab, un biologico che si assume per via sottocutanea e blocca IL-23, citochina pro-infiammatoria coinvolta nella malattia di Crohn. Già usato per esempio contro la psoriasi, favorisce la cicatrizzazione della mucosa intestinale e funziona bene sia in chi non è mai stato trattato con biologici, sia in chi ha già seguito varie linee di terapia. È ipotizzabile che entrambi arrivino a breve in clinica, ma già oggi per la cura si prescrivono soprattutto i biologici. Ora si possono scegliere anche i biobetters, biosimilari con formulazione modificata così da essere assunti per via sottocutanea anziché endovena come infliximab, l'anticorpo monoclonale da cui derivano: oltre a consentire risparmi economici, migliorano la distribuzione del farmaco nell'organismo favorendo una durata d'azione maggiore», conclude Danese.

Oggi ci sono diversi trattamenti per chi è affetto da queste patologie, e altre sono in arrivo



L'ira degli scienziati

Il Covid dimenticato “Siamo all'anno zero della prevenzione”

di **Arianna Di Cori**

Sovraffollamento nelle classi, assenza di mascherine e un nulla di fatto per quanto riguarda l'aerazione o altri interventi strutturali negli edifici. Gli esperti non hanno dubbi: i contagi risulteranno, e le scuole, per il terzo anno consecutivo, saranno incubatori del virus. «Mettere 30 persone in un'aula senza mascherine è la negazione della prevenzione – dice Alberto Chiriatti, medico di famiglia e vicesegretario della Fimmg del Lazio –. Si crea una situazione ad altissimo rischio di trasmissione non solo di Covid, ma tutte le malattie respiratorie. E lo stesso vale per i mezzi pubblici». Il problema non è, appunto, solo il Covid: i medici sono preoccupati anche per l'ondata influenzale – quest'anno c'è l'australiana, giudicata particolarmente severa – tenuta a bada, nei due anni precedenti, proprio grazie all'uso delle mascherine.

Il nodo cruciale è quello degli impianti di ventilazione meccanica controllata. L'Oms ha sottolineato come la trasmissione aerea può essere contrastata con ricambi d'aria adeguati, e sono tanti gli esperti e le associazioni – dal virologo Roberto Burioni al direttore del-

lo Spallanzani Francesco Vaia, la Fondazione Gimbe, l'Associazione Nazionale Presidi, il Comitato Idea Scuola, Cittadinanzattiva – che nell'ultimo anno si sono pronunciati a favore di questi sistemi di aerazione. Eppure, con l'eccezione di alcuni casi virtuosi – è il caso del liceo Orazio – alle scuole di Roma non resta che una “soluzione”: aprire le finestre.

«È paradossale – riflette Antonello Maruotti, professore di statistica alla Lumsa –. Da un lato si chiede ai cittadini di risparmiare energia, evitando dispersioni di calore in casa e quindi tenendo le finestre chiuse. Nelle scuole, invece, si chiede di fare l'opposto». «Non è stato fatto nulla per le scuole – continua il professore – ma almeno facessero pace col cervello». Numeri alla mano, secondo lo statistico siamo al minimo storico di casi Covid. «Più giù di così non si andrà», sottolinea. I primi segnali di questa, seppur «non allarmante» inversione di tendenza, già ci sono. Per la prima volta dopo settimane di costante discesa, i dati della piattaforma regionale «Open Salute» indicano una lieve risalita nella fascia 11-13 anni: l'incidenza su 10mila abitanti è passata dal 12,9 dell'ultima settimana di agosto al 15,9 nei primi giorni di settembre.

«Per ora, non ci resta che attende-

re la fine del mese per avere un quadro epidemiologico chiaro – spiega Massimo Ciccozzi, epidemiologo del Campus Biomedico, tra i maggiori studiosi del virus e le sue varianti in Italia –. E teniamoci pronti, perché se i numeri lo richiederanno, bisognerà tornare all'unico strumento di prevenzione possibile in questo momento, le mascherine in classe. D'altronde in 3 anni, di riforme per quanto riguarda la salubrità degli ambienti scolastici non ce ne sono state. Forse il motivo è stato per mancanza di soldi. Spero che adesso, con il Pnrr, si metta mano davvero a una ristrutturazione degli istituti, di cui c'è estremo bisogno».

Il medico

Alberto Chiriatti fa parte della Federazione dei medici di famiglia del Lazio di cui è segretario



IL CASO

L'allarme dei medici: «Sanità dimenticata dai politici al voto»

► La denuncia del professor Cognetti e del forum delle Società Scientifiche: «Nessuno si preoccupa delle criticità del sistema»

Passata la immensa difficoltà del Covid, con ospedali pieni; terapie intensive al collasso; medici, infermieri e paramedici spremuti in turni massacranti, la sanità «è scomparsa dal dibattito pubblico, dai programmi dei partiti e, persino, dalle interviste giornalistiche». La denuncia arriva dal "Forum delle Società Scientifiche dei Clinici Ospedalieri e Universitari Italiani" (FoSSC). Spiega Francesco Cognetti, oncologo, professore all'Università UniCamillus e coordinatore del Forum: «In qualche programma dei partiti ci sono accenni. Ma poco altro».

I PROBLEMI

I medici specialisti ospedalieri sono circa 130mila, 60mila in meno della Germania e 43mila in meno della Francia. L'emorragia dei camici bianchi riguarda anche i medici di medicina generale: sono pochi, circa 40.700, ma ogni anno 3000 vanno in pensione ed è previsto che, a breve, l'esodo sarà ancora maggiore. Non solo. In Italia operano oggi circa 13.000 pediatri, ma in tutto il Paese si registrano carenze anche per la rigida distinzione tra le attività ter-

ritoriali ed ospedaliere e la mancanza di una adeguata interazione e integrazione tra loro. «La disponibilità di letti per numero di abitanti colloca l'Italia al ventiduesimo posto in Europa e la capacità di utilizzarli è del tutto insufficiente - denuncia ancora Cognetti - Gli ospedali sono stati accorpati, i reparti e i servizi di diagnosi sono stati ridotti e depotenziati. E il definanziamento della Sanità, in dieci anni, ha raggiunto i 37 miliardi di euro. Con gli altri Paesi Europei che presentano percentuali rispetto al Pil di 3-4 punti superiori. La spesa per la sanità è cresciuta del 3% nel 2022 rispetto al 2021. Ma queste risorse sono tutte state impiegate per fronteggiare la pandemia che tra l'altro ha prodotto nel nostro Paese livelli di mortalità tra i più elevati in Europa. Il Def per il triennio

2023-2025 programmato ad aprile prevede di nuovo una decrescita dello 0,6% annuo, a fronte di un atteso consistente aumento del Pil nominale. Nei programmi elettorali vi sono riferimenti alla riorganizzazione della Sanità territoriale, al po-

tenziamento dell'organico degli operatori sanitari e al superamento delle liste di attesa. Mancano, però, proposte concrete e, soprattutto, progetti strutturati di riforma che rispondano a una logica di 'sistema».

Il Forum - 30 società scientifiche riunite - negli ultimi mesi ha chiesto la completa revisione dei parametri organizzativi degli ospedali: il numero di posti letto di degenza ordinaria deve crescere ben oltre i 350 per 100.000 abitanti odierni fino a raggiungere almeno la media europea di 500. Anche il numero di posti letto di terapia intensiva deve superare i 14 per arrivare almeno a 20-25 ogni 100.000 abitanti.

«La sanità è gravemente malata. Come Forum - conclude Cognetti - abbiamo prodotto analisi e proposte che, però, non troviamo nei programmi dei partiti né tantomeno di iniziative del governo degli ultimi mesi».

Fernando Maria Magliaro

**TRA LE EMERGENZE
VIENE SEGNALATO
IL NUMERO ESIGUO
DI PEDIATRI,
SPECIALISTI
E DOTTORI DI FAMIGLIA**

