



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**22 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



## Precari della Sanità siciliana, Razza: «Avanti con l'iter della stabilizzazione»

*L'assessore sollecita le aziende sanitarie ad avviare gli atti ricognitivi per il personale reclutato con l'emergenza Covid e con legge Madia.*

22 Settembre 2022 - di [Redazione](#)



PALERMO. Una direttiva per avviare gli atti ricognitivi propedeutici alla **stabilizzazione** del personale precario assunto con l'emergenza **Covid** e con legge **Madia**: è stata emanata dall'assessore regionale alla Salute, Ruggero Razza, nei confronti delle aziende sanitarie siciliane e in relazione alla legge di bilancio 2021 per esortarli a dare seguito entro il 30 settembre a quanto già previsto, cioè appunto agli atti di ricognizione. Inoltre si sottolinea che prima di dare luogo a nuovi reclutamenti si devono completare le stabilizzazioni.



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

La segreteria regionale della **Fials** guidata da **Sandro Idonea** esprime «soddisfazione per la direttiva dell'assessore Razza che ha accolto le proposte del sindacato dopo l'incontro avuto venerdì scorso con il dirigente generale Mario La Rocca».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Gli vendono all'asta la casa di Villabate e fa un drammatico appello: «Dono un rene»

di Fabio Geraci — 22 Settembre 2022

*Nel 2015 aveva denunciato infiltrazioni mafiose ma la sua azienda era fallita*



Non più di due settimane fa Giuseppe Schirru aveva promesso che sarebbe ricorso a gesti estremi minacciando anche il suicidio. La sua esasperazione ha raggiunto un livello altissimo dopo che l'attico di proprietà in pieno centro a Villabate è stato messo in vendita a causa di un pignoramento. L'imprenditore ha cominciato da un paio di giorni lo sciopero della fame ma in un video ha lanciato anche una forte provocazione annunciando di voler mettere a disposizione un rene in maniera da poter garantire alla figlia il denaro necessario per fare un'offerta sulla piattaforma online destinata alle aste degli immobili e ricomprare così l'abitazione valutata poco meno di 70 mila euro. «Non ce la faccio più - ha detto Schirru - le Istituzioni mi hanno abbandonato, sono pronto a donare un rene in cambio di un aiuto, non m'importa di me stesso ma lo faccio per il futuro della mia famiglia».



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Nel 2015 Schirru aveva denunciato infiltrazioni mafiose e tangenti chiamando in causa anche la banca responsabile a suo giudizio di aver applicato tassi usurari e di aver compiuto gravi inadempimenti contrattuali. Alla fine la sua azienda «Emyr Sanitaria» era finita nelle mani del curatore fallimentare dopo aver atteso per sei mesi, invano, una risposta alla domanda del beneficio da 500 mila euro del fondo di solidarietà destinato a chi incappa nelle maglie degli usurai.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Gimbe, la curva si inverte +11% casi in 7 giorni, calo decessi

22 Settembre 2022



Dopo 4 settimane si inverte la curva dei contagi da Covid-19, registrando un +11,3% in 7 giorni, mentre continua la discesa di ricoveri ordinari (-9,6%), delle terapie intensive (-8%) e dei decessi (-12,8%). Lo rileva il monitoraggio della Fondazione Gimbe relativo alla settimana 14-20 settembre. Gimbe evidenzia dunque un aumento dei nuovi casi (120.057 rispetto ai 107.876 della settimana precedente) e salgono a 15 le regioni che registrano un incremento. In calo invece gli indicatori ospedalieri (-373 posti letto in area medica, -13 in terapia intensiva) e i decessi (334 contro 383 della settimana prima). Con la ripresa della circolazione virale, la quarta dose del vaccino anti-Covid è "urgente per oltre 14 milioni di persone". Lo evidenzia il rapporto della Fondazione Gimbe relativo alla settimana 14-20 settembre. La platea di persone candidate a ricevere il secondo richiamo (quarta dose), afferma Gimbe, è di oltre 19,1 milioni: di queste, oltre 14 milioni possono riceverlo subito, quasi 1,9 milioni non sono eleggibili nell'immediato in quanto guarite da meno di 120 giorni e quasi 3,2 milioni l'hanno già ricevuto. Al 21 settembre sono state somministrate 3.171.672 quarte dosi.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

quotidiano**sanità**.it

## Al via campagna vaccinale contro pneumococco ed Herpes Zoster a Torino

di C.d.F.

***Da inizio settembre l'ASL città di Torino ha lanciato una campagna vaccinale contro pneumococco ed Herpes Zoster sfruttando gli HUB vaccinali della campagna contro il Covid-19. Il successo di questo modello, racconta Carlo Picco, Direttore Generale della ASL città di Torino, farà sì che probabilmente la campagna proseguirà anche nel mese di ottobre***



**22 SET** - Da inizio settembre l'ASL città di Torino ha lanciato una campagna vaccinale contro pneumococco ed Herpes Zoster rivolta ai cittadini di età compresa tra i 65 e i 70 anni e ai pazienti diabetici. "L'idea nasce dalle possibilità offerte dalla campagna vaccinale contro il Covid-19", spiega **Carlo Picco**, Direttore Generale della ASL città di Torino. "Vista la situazione epidemiologica attuale, gli HUB vaccinali per il Covid-19 vengono mantenuti attivi ma, al momento, non sono usati al massimo della loro potenzialità. Abbiamo quindi pensato di usare uno dei nostri HUB vaccinali (quello dell'Ospedale San Giovanni Bosco) per incrementare l'attività vaccinale rivolta verso altri patogeni".



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Lo pneumococco è un batterio molto diffuso - in particolare tra i bambini con meno di un anno, negli adulti con più di 65 anni e in chi è affetto da determinate patologie - ed è responsabile di infezioni che possono essere anche gravi. Il vaccino anti-pneumococco protegge da infezioni quali polmoniti e meningiti. L'Herpes Zoster (anche noto come fuoco di Sant'Antonio), invece, è dovuto a una riattivazione del virus Varicella Zoster. Il patogeno resta silente nel sistema nervoso e può manifestarsi in qualunque momento nel corso della vita, in particolare nei momenti in cui il sistema immunitario è più debole (negli anziani o in persone affette da determinate patologie). Causa un'eruzione cutanea dolorosa, vescicole sul corpo accompagnate da bruciore e prurito. Una delle sue complicanze più comuni e debilitanti è la nevralgia post-erpetica. Anche in questo caso esiste un vaccino efficace, in grado di ridurre il rischio di sviluppare Herpes Zoster e di proteggere dalla nevralgia post-erpetica. "La risposta alla campagna fin ora è stata buona, abbiamo avuto un riscontro positivo e abbiamo deciso di dedicare quattro giorni alla settimana a questa attività nel mese di settembre. Visti i risultati stiamo cercando di prolungare la campagna almeno per 15 giorni nel mese di ottobre", continua Pico. "Il modello funziona".





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## COVID, IL MONITORAGGIO SETTIMANALE

# Frena il calo dei ricoveri ma è allerta per i non vaccinati

**C**ontinuano a calare i ricoveri per Covid-19 in Italia, ma molto meno rispetto alle settimane precedenti. E se la pressione sugli ospedali si allenta sempre di più, l'allerta deve però restare massima in vista dell'Autunno, anche considerando il fatto che al momento ben l'83% dei pazienti ricoverati non ha fatto la quarta dose e va anche monitorato il crescente numero di bambini in età scolare che in questi giorni vengono ospedalizzati "con Covid", ovvero per altre patologie ma risultando positivi al virus una volta in ospedale. È questo il quadro tracciato dall'ultimo monitoraggio indipendente della Fondazione Gimbe, relativo a settimana scorsa.

La situazione dei ricoverati Covid questa settimana, spiega infatti Gimbe, mostra una sostanziale stabilità. Anche nelle terapie intensive permangono numeri molto ridotti, «La situazione appare in generale contenimento e per il momento non si ravvisano segnali di risalita ma l'attenzione, soprattutto dopo l'allerta lanciata dall'Ema sul probabile arrivo di una nuova ondata, deve rimanere ancora molto alta» commenta il presidente Fiaso (la Federazione italiana delle aziende ospedaliere) Giovanni Migliore. Quanto ai minori, i numeri attuali non mostrano un impatto dovuto alla riapertura delle scuole, «anche se è decisa-

mente presto per valutarlo» sottolinea.

Rimane, infatti, da sorvegliare il leggero aumento dei ricoveri pediatrici "con Covid" con una discreta presenza di ragazzi in età scolare». Anche i dati relativi al 20 settembre, elaborati dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas), fotografano una situazione stabile ma con segnali comunque da non sottovalutare: è ferma al 5%, nelle ultime 24 ore in Italia, infatti, la percentuale dei posti letto occupati da pazienti Covid nei reparti ospedalieri, ma due Regioni superano la soglia di allerta del 15% (Umbria al 16% e Valle d'Aosta al 19%). A livello nazionale è invece stabile al 2% la percentuale di terapie intensive occupate e tutte le regioni sono ben sotto la soglia di allerta del 10%.

Rispetto ai dati giornalieri dell'epidemia, il ministero della Salute segnala che sono 21.190 i nuovi contagi nelle ultime 24 ore (martedì 28.395). Le vittime sono 46, in calo rispetto al giorno precedente (60), ed il tasso è al 12,7% (era al 13,7%). Nelle ultime 24 ore, sono 146 i pazienti ricoverati in terapia intensiva (4 in meno), ed i ricoverati nei reparti ordinari sono invece 3.416 (-79).

Da sorvegliare il leggero aumento delle ospedalizzazioni pediatriche "con Covid", giunti per altre patologie e risultati positivi. Nelle ultime 24 ore 21.190 nuovi contagi e 46 vittime

Da sorvegliare il leggero aumento delle ospedalizzazioni pediatriche "con Covid", giunti per altre patologie e risultati positivi. Nelle ultime 24 ore 21.190 nuovi contagi e 46 vittime



# Con i ricoveri in calo tornano l'allarmismo e i bavagli a scuola

Crescono i casi, senza incidere sugli ospedali. Ma già si prepara la psicosi. Cisl: «Troppa fretta di abolire Dad e mascherine»

di **MADDALENA LOY**

■ È avvilente e paradossale, ma in Italia c'è ancora una piccola parte di popolazione quasi angosciata che l'emergenza Covid sia stata dichiarata «finita».

È costituita da mesti esecutori di microscopico potere, spesso esercitato contro il bersaglio più indifeso: bambini e ragazzi. Come quell'insegnante di Forlì che ha obbligato gli studenti delle sue classi a leggere durante l'estate un libro sui vaccini, sottoponendoli poi a verifica al rientro a scuola. Una tortura nella tortura: i ragazzi sono stati testati sul capitolo apologetico dedicato al «fenomeno **Roberto Burioni**», «motivato a smascherare i falsi profeti del movimento no vax con semplicità e schiettezza», e per questo «minacciato di morte». Imparate a memoria, ragazzi: «Senza **Burioni**, le autorità sanitarie del Paese non avrebbero avuto il coraggio di prendere decisioni urgenti». Amen. Ora, rispondete al test a scelta multipla: «Grazie a chi sono stati compiuti enormi progressi nel campo dei vaccini?». Per caso «grazie alle innovazioni e ai fondi messi a di-

sposizione da organizzazioni come l'Alleanza Gavi per i vaccini e a enti filantropici come la Fondazione Bill & Melissa Gates?». Risposta esatta! È infatti ciò che è scritto a pagina 8 del testo che i ragazzi hanno dovuto studiare durante le vacanze: indottrinamento in pu-

rezza. Non è andata meglio agli studenti delle tante università italiane che ancora impongono l'obbligo di mascherina: Roma, Firenze, Cosenza, Parma e chissà quante altre.

Alla Sapienza è obbligatoria anche all'aperto. È un abuso? Pazienza, «questi sono gesti importanti per la sicurezza della comunità». Poco importa che l'obbligo sia decaduto per legge. Né conta che «i numeri attuali (*in lieve crescita, ndr*) non mostrano un impatto dovuto alla riapertura delle scuole», come segnala la Fiaso riferendo i dati degli ospedali pediatrici sentinella: l'intento, consapevole o meno, è di preparare il terreno per l'ennesima campagna allarmistica con l'arrivo dell'autunno. Terreno fertile per i sindacati della

scuola: sono disarmanti le dichiarazioni di **Sandra Biolo**, segretaria Cisl Scuola Veneto: «Abbiamo avuto troppa fretta nell'abolire tutte le regole subito, cioè Dad, banchi separati, mascherine, controlli». Subito? Tre anni di restrizioni per qualcuno sono pochi. «È questo», secondo **Biolo**, «è il prezzo da pagare». Quale? Le terapie intensive sono vuote, come emerge dai dati Agenas (occupazione al 2%) e i valori sono in decrescita esponenziale quasi costante dall'ultima settimana di luglio, idem per i ricoveri (5% di occupazione dell'area non critica). In Veneto, c'è stato un effettivo rialzo dei casi che ha fatto gridare all'allarme, ma i nuovi contagi (ieri 3.087) sono già tornati a scendere. Un quadro di stabilità confermato anche dal presidente Fiaso **Giovanni Migliore**, che però non si esime dal lanciare l'allarme: «L'attenzione, soprattutto dopo l'allerta Ema sul probabile arrivo di una nuova ondata, deve rima-



# VERITÀ

nere ancora molto alta».

L'Ena, in effetti, continua a considerare la stagionalità, nonostante in Paesi come l'Australia, con restrizioni più basse delle nostre durante la stagione fredda, l'epidemia abbia perso forza, salvo un piccolo picco. La circolare sui generis sulla scuola diramata dai ministeri di Salute e Istruzione, Iss e Conferenza delle regioni il 5 agosto continua a mietere vittime: il protocollo che prevede dieci giorni di mascherina (Ffp2, tra l'altro) per i contatti con un positivo nella classe ha conseguenze surreali, laddove se il positivo non ha sintomi torna a scuola dopo 5 giorni senza Dpi (presumendo che non sia più contagioso), mentre i suoi compagni restano con la Ffp2 per altri 5 giorni. Normale? Nella scuola italiana sì. Così come è normale che si continui a disporre l'utilizzo di mascherine non omologate per i minori, nonostante le numerose segnalazioni alle autorità. E continua a essere normale sopprimere la ricreazione e tenere il distanziamento nelle aule e perfino camminando nei corridoi.

Quando si diceva che in Italia la gestione pandemica è consistita esclusivamente nell'imporre la vaccinazione non

ci si sbagliava: i trasporti pubblici, che garantiscono agli studenti di andare a scuola ogni mattina, sono tornati ad essere stipati come carri perché nulla è stato fatto per migliorare la mobilità; le scuole sono partite - e già sembra un miracolo, visto che in Campania hanno provato a rimandare l'apertura a dopo il voto - ma per chi deve accompagnare i figli a scuola, gli orari scaglionati permangono e i disagi per quelli ridotti aumentano.

Le famiglie sulla loro pelle fanno i conti ogni giorno con le arbitrarie decisioni dei consigli d'istituto, che hanno facoltà di ridurre l'orario didattico

sempre a causa del Covid. Saranno mai recuperate quelle ore perse? In teoria sì (secondo contratto il docente è tenuto ad effettuare supplenze), in realtà no perché l'orario è settimanale e se non si riesce ad organizzare il recupero nell'arco della settimana lavorativa, questo «si ritiene comunque risolto».

Con questi preliminari, l'appello al «voto dei giovani» rivolto dagli stessi partiti che stanno apparecchiando il terrore scolastico invernale, suona particolarmente amaro.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

**ERANO STATI PROMESSI 15 MILIONI**

## Medici morti in pandemia, nessun indennizzo La delusione dell'associazione dei familiari

**I**l decreto Aiuti bis, da poco approvato dal Senato, ha fatto cadere l'ultima speranza. Ai medici morti per Covid non verrà riconosciuto un indennizzo economico particolare. Riferisce la delusione dei familiari Gennaro Avano, presidente dell'associazione «Medici a mani nude», che raccoglie una cinquantina di famiglie di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta morti dopo aver contratto Covid-19: «Abbiamo perso tempo – lamenta –, ci hanno dimostrato che le parole le porta il vento. Niente è stato messo nero su bianco e ci sentiamo abbandonati. C'è la legge sul fon-

do per i sanitari deceduti durante la pandemia, ma non abbiamo i decreti attuativi. Ora speriamo nel prossimo Governo, devono dare seguito effettivo a questo fondo». «Sono 375 i medici morti per Covid durante la pandemia – ricorda Avano –. Di questi, la metà sono medici di famiglia e pediatri di libera scelta le cui famiglie ad oggi ancora non hanno ricevuto nessun ristoro». E aggiunge che «il ministro della Salute Roberto Speranza si era impegnato per un fondo da 15 milioni di euro rassicurando, anche durante un Question time a luglio, che era ferma intenzione del Governo procedere in

tempi rapidi». Finora gli unici fondi erogati sono dall'Enpam, ma solo per chi ancora non ha maturato la pensione, e dalla Fondazione Diego Della Valle, con vincoli.



**IL PROVVEDIMENTO**

# I nodi dei servizi sociali

# Sanità: 1,4 miliardi extra per la luce degli ospedali

► Il decreto Aiuti ter prova a tamponare i costi dell'energia delle strutture di cura

► Ma la somma non è ancora sufficiente per coprire il raddoppio delle bollette

**Ettore Mautone**

Caro bollette, saranno tutti ripianati gli extra costi sostenuti nel 2022 da Asl, ospedali e centri accreditati. Nel decreto Aiuti Ter approvato in Consiglio dei ministri il 16 settembre scorso, (atteso ora in Gazzetta ufficiale), il governo ha messo nel piatto 1,4 miliardi di euro che saranno ripartiti per quota alle Regioni, probabilmente con gli stessi criteri e parametri utilizzati per il riparto del Fondo sanitario nazionale anche se nulla è stato ancora stabilito con certezza. Alla Campania dovrebbero essere comunque assegnati circa 140 milioni.

**IL RIPARTO**

Nel 2021 i costi energetici (riscaldamento, energia elettrica, gas, carburanti e lubrificanti) per il servizio sanitario della Campania sono risultati pari a circa 110 mln di euro. Sulla base delle evidenze dei costi sostenuti nei primi sei mesi del 2022 per le medesime voci di spe-

sa, la stima annuale per quest'anno si attende a circa 175 milioni di euro, con un incremento di oltre il 60% rispetto all'anno precedente. Ovviamente, molto dipenderà dalla dinamica del mercato energetico che si annuncia instabile anche nel prossimo autunno. Per questi motivi, la Conferenza delle Regioni aveva chiesto già ad agosto al governo di intervenire a sostegno del caro energia con almeno un miliardo di euro aggiuntivi, rispetto al Fondo sanitario nazionale. Fondi poi inseriti nell'assestamento di Bilancio quest'estate. Con due provvedimenti emergenziali gli ulteriori 400 milioni erano poi stati individuati ma non assegnati alle Regioni dirottati anche sui ripiani per le maggiori spese sostenute per il Covid. A conti fatti gli 1,4 miliardi in arrivo copriranno solo una parte degli esborsi sostenuti per le bollette e la pandemia e a far quadrare i conti di Asl e ospedali non basteranno neanche gli ulteriori 200 milioni già stanziati con il decreto legge 50 del 2022. Il nodo vero sarà il 2023: «Si tratta di capire - dicono fonti della Regione Campania - se il costo dell'energia tra un anno rientrerà oppure se dovremo avviarcia a una lunga crisi su cui nessuno sa ancora come intervenire».

**I CONTI**

Gli impianti sanitari di Asl e ospedali sono per definizione energivori non solo per il riscaldamento e il raffreddamento degli ambienti. Sale operatorie, rianimazioni, corsie, macchinari e unità diagno-

stiche devono funzionare a ciclo continuo e richiedono una grande quantità di energia che deve essere mantenuta costante 7 giorni su 7. A Napoli il solo Cardarelli prevede una spesa maggiorata di 7 milioni di euro, al raddoppio dei costi anche le stime della Asl Napoli 1, incrementi record sono previsti anche per i due Policlinici. La Vanvitelli ha speso, nel 2021, 1,046 milioni per l'energia elettrica e 1,117 per il gas. Al pediatrico Santobono la tabella di sintesi prevede su base annua, un incremento dei costi per il riscaldamento da 171mila euro del 2021 a 420mila nel 2022 e quasi 760mila euro in più per l'elettricità (da

1,040 milioni a 1,8). La bolletta energetica si traduce insomma in svariati milioni di euro in più almeno 75, da contabilizzare entro fine anno nei bilanci delle aziende sanitarie.

**GLI ACCREDITATI**

Il contributo straordinario del governo comprende anche i ristori per i centri accreditati ma Case di cura e ambulatori sono remunerati a tariffa predeterminata, in base alla prestazione erogata. È probabile dunque che le Regioni stileranno un ulteriore provvedi-



mento valido per un solo anno in cui sia previsto un "addendum" al rimborso di ciascuna prestazione previsto appunto per la copertura delle maggiori spese di bollette. Un meccanismo che diventerebbe più complesso per le Rsa. Queste ultime sono pagate in Campania con una tariffa unica risalente al 2019 fissata per intensità di assistenza (ad esempio pazienti autosufficienti, non autosufficienti, ecc.) applicata per ogni giornata di degenza. L'importo viene corrisposto per il 50% dalla Regione e, per l'altro 50%, dal Comune di residenza del paziente o in compartecipazione

dal paziente stesso, se non esente per livello di reddito su Isee. Le rette di degenza non sono soggette a spending review e vengono stabilite in piena autonomia dalla Regione che in teoria potrebbe intervenire di suo per adeguarle ma sempre incidendo sulla spesa pubblica. La decisione deve dunque avere comunque una regia centrale. Almeno una parte dei maggiori costi potrebbero ricadere su utenti e amministrazioni locali ovvero sui gestori delle Case albergo per anziani e disabili. Una prospettiva non sostenibile

nel lungo periodo. Senza contare che in Campania ci sono altre 300 Rsa completamente private.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## AL SANTOBONO LA SPESA DESTINATA AL RISCALDAMENTO È SALITA DA 171MILA EURO DEL 2021 A 420MILA QUEST'ANNO



**I macchinari sanitari (in foto il Cardarelli) hanno un grande assorbimento di energia. Ma non il riconoscimento di "imprese energivore", limitato a tremila imprese**



## Le strategie per recuperare i ritardi

# Aperture serali, nuove assunzioni, medici a gettone o «in prestito»

**L**a pandemia ha complicato l'utilizzo dei servizi sanitari per i malati non Covid.

Solo nel 2020 sono saltati circa il 20% dei ricoveri ospedalieri, quasi 9 milioni di prime visite specialistiche e 10 milioni di controlli. Mentre sono oltre 2,8 gli screening oncologici andati persi.

Oggi la situazione si sta normalizzando. Sebbene le procedure di sanificazione e sicurezza comportino tuttora dei rallentamenti.

«La tempistica dipende dai locali, se sono stretti o larghi, nuovi o vecchi. In linea di massima si è passati da 2 a 3 visite all'ora» fanno sapere dal Dipartimento salute della Regione Veneto.

A incidere c'è anche la cronica carenza di medici e infermieri in corsia. Per recuperare visite, esami, ricoveri e interventi chirurgici rinviati negli ultimi due anni il Governo ha stanziato per ora 500 milioni di euro.

A ogni Regione il ministero della Salute ha chiesto di elaborare un piano operativo per smaltire quello che non è stato possibile erogare e abbattere i tempi di attesa per le nuove

richieste ripristinando i livelli di produttività precedenti.

Le strategie messe in campo sono più o meno le stesse da Nord a Sud. Tutte le Regioni hanno puntato sul potenziamento delle ore di ambulatorio attraverso l'acquisto di prestazioni aggiuntive dal personale dipendente, in certi casi con un aumento della tariffa oraria (da 60 a 80 euro, come in Toscana, Molise, Veneto, Liguria, Lombardia), e dagli specialisti interni convenzionati.

Garantendo un'apertura dei presidi nelle fasce serali, il sabato e la do-

menica, per esempio in Lombardia, Lazio, Sicilia. In Veneto si possono chiedere medici «in prestito» ad altre Asl tramite specifici accordi.

La seconda misura è la possibilità di integrare il fabbisogno ricorrendo al privato accreditato.

La terza, l'assunzione di nuovi professionisti a tempo determinato.

I piani prevedono inoltre un più ampio utilizzo della telemedicina per le visite di controllo (in Abruzzo, Campania, Umbria, Bolzano, Valle d'Aosta), uno sfruttamento maggiore delle sale operatorie (riducendo



# CORRIERE SALUTE

gli intervalli tra una seduta e l'altra), una revisione dell'attribuzione delle classi di priorità dei ricoveri programmati e delle visite.

«Vengono richiamati i pazienti per riverificare le condizioni di salu-

te e riaggiornare le liste. C'è chi nel frattempo si è aggravato e chi ha risolto il problema diversamente» spiega Claudio Pileri, direttore della Programmazione sanitaria del Veneto. Il Piemonte ha deciso di reclutare nuovi operatori per i call center. L'assessore alla Sanità della Sardegna Mario Nieddu ha dato indicazio-

ne ai direttori generali delle Aziende sanitarie dell'isola di sospendere l'attività in intramoenia, se non viene rispettato l'equilibrio con i volumi dell'attività in regime pubblico.

**C.D.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Oggi la situazione  
si sta normalizzando  
a parte i rallentamenti  
causati dalle procedure  
di pulizia e sicurezza**





# PER SALVARE LA SANITÀ VA TOLTO IL NUMERO CHIUSO A MEDICINA

GIANDOMENICO CRAPIS

La crisi della sanità pare che non interessi nessuno. Non c'è bisogno della meritoria fotografia scattata di recente dalla fondazione Gimbesui programmi elettorali dei partiti: basta guardare i tg, leggere i giornali, assistere ai *talk*. Perché oltre alla questione energetica dietro l'angolo c'è l'emergenza di una drammatica mancanza di medici, una mancanza che rischia di trasformare presto il nostro Paese in una macelleria sociale; dove il diritto alla salute diventerà il diritto ad arrangiarsi, con i più poveri a pagarne le conseguenze e il sistema pubblico al collasso. Ha detto Pina Onotri, del sindacato medici italiani, che nel 2024 mancheranno 40 mila medici tra ospedalieri e medici di famiglia. È una cifra davvero enorme e fa presagire una tempesta senza precedenti sulla sanità italiana. Non sono più casi isolati quelli degli ospedali che non riescono a coprire i vuoti per via dei concorsi deserti (anche per l'assurda, incredibile norma che vieta ai laureati di partecipare). Ormai è notizia di ogni giorno: in Calabria hanno preso 400 medici cubani, in Valtellina hanno contrattualizzato medici provenienti dalla Sicilia per tenere in piedi l'azienda sanitaria, a Mussomeli invece li hanno chiamati dall'Argentina, in tutte le regioni moltissimi sono già i cittadini senza il proprio medico di famiglia. Qui per ovviare all'emergenza si autorizzano questi ultimi a sfiorare i già ingestibili massimali e si chiamano le guardie mediche a sostituire i generalisti. A ciò si sommano le interminabili liste di at-

tesa per esami e visite, che spingono sempre più verso la privatizzazione della sanità; eppure basterebbe ripristinare la legge Bindi (abolita da Berlusconi) che imponeva il tempo pieno ai medici ospedalieri, pena l'impossibilità di fare carriera, e così recuperare migliaia di ore di lavoro per smaltire le liste di attesa. E si sommano pure i Pronto soccorso ridotti di numero e incapaci di affrontare le emergenze, tra cittadini esasperati e personale al limite di una crisi di nervi. La situazione è diventata ingestibile e lo sarà sempre di più, ma nessuno parla. Diciamoci allora senza imbarazzi che di fronte a questo tsunami annunciato una delle cose da fare è abolire il numero chiuso, che non può essere un feticcio né il paravento per le lobby degli specialismi. Uno strumento anacronistico, odioso, diseducativo: perché risale a quando l'offerta di medici era esuberante mentre ora è assolutamente carente, perché si chiede allo studente di imparare prima in poco tempo quello che, come dice

Bassetti, dovrebbe studiare poi in anni di università, perché lo si distrae dalla scuola per buona parte dell'ultimo anno.

C'è chi dice che è necessario perché non ci sono le strutture per tutti: un'autentica assurdità, se si pensa che tra i Settanta e gli Ottanta, per esempio, Bologna aveva qualcosa come 1500 iscritti all'anno a Medicina, in u-

na università che 40 anni fa non era certo meglio attrezzata di quella di oggi e sfornava fior di laureati. Dove, sempre a Bologna, entrano oggi poco più di 300 aspiranti medici all'anno. Il numero chiuso ha programmato sinora così gli ingressi nelle università: fino al 2019 circa 10-11 mila (ma erano 7 mila nel 2001), ora per fortuna sono 15 mila, ma non bastano lo stesso. Se l'imbuto è stato necessario quando di medici ce n'erano troppi, adesso che sono pochi non ha più senso. E a chi afferma che liberalizzare, come avveniva fino a un quarto di secolo fa, dequalificherebbe la formazione, è facile rispondere con l'argomento che prima dell'imbuto l'università comunque formava validi professionisti capaci di fare della nostra sanità un modello. Dopo 23 anni è giunto il momento di rimuoverlo, l'imbuto. Poi, tra qualche tempo, una volta superata la crisi, si rifletterà su come proseguire.

**UNIVERSITÀ  
DOPO 23 ANNI  
VA ABOLITA  
LA LIMITAZIONE,  
MAGARI  
RIPRISTINANDO  
LA LEGGE BINDI**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## DEFICIT DI STRUTTURE E PERCORSI

# Più cure palliative per i bambini, la strada è in salita

LAURA BADARACCHI

I bambini che avrebbero diritto alle cure palliative pediatriche sono circa 30 mila, secondo una stima, ma non più del 15% riesce ad accedere a queste terapie che garantiscono la migliore qualità di vita possibile, anche se la legge 38 del 2010 le prevede dal momento della diagnosi per tutti i piccoli pazienti in condizioni di fragilità, con varie patologie (neuromuscolari, metaboliche, genetiche, oncologiche, respiratorie, cardiologiche, malformative, post anossiche) in cui la morte precoce è inevitabile e a volte imprevedibile nella tempistica. In molte Regioni la norma sembra lettera morta e manca completamente una rete sul territorio per le terapie domiciliari. È quanto hanno denunciato nei giorni scorsi al convegno «Il bambino con malattia inguaribile. Riflessioni bioetiche e cure palliative», gli organizzatori (Accademia nazionale dei Lincei in collaborazione con la Società italiana di pediatria-Sip e Università di Roma La Sapienza). Annamaria Staiano, presidente della Sip, ha auspicato che venga intrapresa «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 e assistenziale». Andrebbero anzitutto moltiplicati gli hospice pediatrici, con spazi, luoghi e ar-

redi adeguati alle diverse età, e in cui sono promosse le relazioni familiari: «Nonostante la legge 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. Finora 13 Regioni hanno attivato la rete di cure palliative prevista dalla normativa», ha osservato Franca Benini, direttrice dell'hospice pediatrico «Casa del Bambino» a Padova. E Mariella Enoc, presidente dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, che a marzo ha aperto i primi 20 posti letto di cure palliative, ha aggiunto: «Spero che questi bambini possano anche tornare a domicilio, per un periodo di tempo, con l'obiettivo di innestare un progetto virtuoso dal punto di vista umano e anche scientifico».

Intanto domani a Caserta, si terrà il corso di formazione «Il modello hospice perinatale: percorsi di assistenza e accompagnamento delle gravidanze patologiche e sviluppi terapeutici pre e post-natali», promosso da Azienda Ospedaliera Sant'Anna e San Sebastiano e Fondazione «Il cuore in una goccia» onlus, per l'apertura ormai imminente di un hospice perinatale nella città campana.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Stati Uniti, l'aborto entra al seggio

Il voto di «metà mandato», a inizio novembre, vede schierarsi in tutto il Paese democratici e repubblicani su un tema diventato cruciale

ELENA MOLINARI

**A**meno di due mesi dalle elezioni americane, che rinnoveranno tutti i membri della Camera, un terzo dei senatori e la maggior parte dei governatori statali, l'aborto è emerso come un tema chiave per gli elettori. Da quando, il 24 giugno, la Corte Suprema ha annullato il precedente che sanciva il «diritto costituzionale» all'aborto negli Usa, trasferendo la competenza legislativa ai 50 Stati, le assemblee statali hanno preso rapidamente posizione. A livello nazionale, repubblicani e democratici hanno ricordato ai loro elettori l'importanza dell'aborto, nella speranza di mobilitarli. Il senatore repubblicano Lindsey Graham ha presentato un disegno di legge che vieterebbe gli aborti dopo 15 settimane di gravidanza a livello federale, tranne in caso di stupro, incesto o per salvare la vita della madre. E ha promesso che se il suo partito l'8 novembre riprenderà il controllo di Camera e Senato, la proposta (che allineerebbe gli Usa a molti Paesi europei) sarebbe approvata. I democratici hanno avanzato al Senato una misura che legalizzerebbe di nuovo l'aborto fino a quando un feto può sopravvivere fuori dall'utero, com'era prima del 24 giugno.

In realtà è improbabile che uno dei due principali partiti Usa riesca a far passare una legge federale che affermi in assoluto la legalità dell'aborto o la limiti entro i primi 100 giorni di gravidanza. La discussione sarebbe infatti ostacolata dal *filibuster*, l'ostruzionismo con interventi a oltranza che può essere bloccato solo con 60 voti su 100 al Senato: un tipo di maggioranza che i due partiti hanno ben poche speranze di raggiungere. Inoltre qualsiasi divieto del Congresso all'aborto, compreso un limite come quello proposto

da Graham, sarebbe fermato dal veto di Biden, che può essere superato solo da due terzi dei voti in entrambe le Camere.

Ma gli ultimi mesi di primarie hanno dimostrato che gli elettori sono motivati a far sentire la loro voce sull'aborto. I democratici, in particolare, hanno avuto la prova che far leva sulla questione li aiuta a superare la frustrazione degli elettori nei confronti dell'inflazione. L'aborto sarà inoltre sulle schede in alcuni Stati. In Michigan, ad esempio, un giudice ha respinto come incostituzionale un divieto all'interruzione di gravidanza del 1931 e la Corte Suprema ha approvato un referendum d'iniziativa popolare. Stabilirebbe un «diritto individuale alla libertà riproduttiva, compreso il diritto di prendere e attuare tutte le decisioni relative alla gravidanza». Anche la California e il Vermont daranno agli elettori la possibilità di scegliere se inserire nelle Carte statali un emendamento che crei il «diritto» all'aborto. Il Kansas ha respinto un referendum simile ad agosto. Agli elettori del Kentucky verrà chiesto di chiarire se la costituzione dello Stato sancisca tale diritto. Il Montana deciderà invece se imporre sanzioni penali a medici e infermieri che non intervengono per salvare la vita dei bambini che sopravvivono a un aborto. Il West Virginia infine deve dare pronunciarsi su un divieto, già approvato dalle due Camere statali, che vieta l'aborto entro 8 settimane di gravidanza per gli adulti e 14 per i minori.

Nel frattempo le assemblee statali continuano a posizionarsi sull'aborto, generalmente a seconda della maggioranza che le controlla, democratica (pro) o repubblicana (contro). Da giugno 14 Stati hanno vietato la maggior parte degli aborti, proibendo la procedura con ristrette eccezioni dal momento del concepimento o dopo che l'attività car-

diaca fetale è stata rilevata, a circa 6 settimane. In Indiana sta entrando in vigore un divieto simile. In altri 5 Stati leggi analoghe sono state temporaneamente bloccate dai tribunali.

Gli Stati che vietano l'aborto dal concepimento tendono a trovarsi nel Sud e nella regione centro-occidentale degli Usa (Midwest), come Alabama, Arkansas, Kentucky, Missouri e Oklahoma. Il Wisconsin ha leggi contrastanti che lasciano incerta la legalità dell'aborto, ma le cliniche locali hanno smesso di fornire interruzioni di gravidanza dopo la sentenza della Corte Suprema (il caso «Dobbs contro Jackson Women's Health Organization»). Il Texas finora si è distinto come lo Stato più *pro life* in assoluto. Anche il governo federale ha preso rapidamente posizione. Joe Biden ha denunciato più volte i divieti degli Stati come «estremisti» e il Dipartimento di Giustizia ha mosso cause legali contro le leggi che non prevedono eccezioni per salvare la vita della madre. Ma le associazioni *pro life* sentono di avere il vento in poppa e pensano che dalle urne quest'autunno emergerà la conferma che gli Stati Uniti hanno cambiato direzione. Come spiega Blaine Conzatti, presidente dell'Idaho Family Policy Center, «penso che stiamo assistendo a una svolta generazionale».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

È VITA

## Famiglie e assistenza frontiera Alzheimer

Negrotti nell'inserto centrale



# L'Alzheimer si affronta con le famiglie

*Parte la prima ricerca italiana ad ampio raggio sulle condizioni di vita con i pazienti affetti da demenza. E avanzano le ricerche sui farmaci*

ENRICO NEGROTTI

**L**a malattia di Alzheimer è la forma di demenza più diffusa. E forse la più temuta. Si stima che solo in Italia le persone affette da demenza siano almeno un milione, di cui l'Alzheimer rappresenta circa il 60%. E a causa dell'invecchiamento della popolazione le cifre sembrano destinate ad aumentare. La risposta scientifica è ancora insufficiente, sebbene gli sforzi siano notevoli; quella assistenziale è la più urgente, visto il carico di sofferenza e stress che la malattia provoca sui pazienti – quasi sempre assistiti a casa – e sui suoi cari. In questo caso molto resta da fare, come dimostrano le richieste d'aiuto delle famiglie: circa 10mila telefonate all'anno arrivano al numero verde dell'Associazione italiana malattia di Alzheimer (Aima) per chiedere informazioni e sostegno. E in occasione della Giornata mondiale dell'Alzheimer – ieri, 21 settembre – anche papa Francesco, al termine dell'Udienza generale, ha ricordato «una malattia che colpisce tante persone le quali, a causa di questa patologia, sono spesso poste ai margini della società». E ha aggiunto: «Preghiamo per i malati di Alzheimer, per le loro famiglie e per coloro che se ne prendono amorevolmente cura, affinché siano sempre più sostenuti e aiutati».

In Italia, il decreto del 30 marzo ha stanziato per il Fondo per l'Alzheimer e le demenze 14 milioni e 100mila euro per le Re-





gioni e le Province autonome e 900mila euro per l'Istituto superiore di sanità (Iss) per attuare alcune attività per il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale delle demenze. «È di fatto – spiega il responsabile dell'Osservatorio Demenze dell'Iss, Nicola Vanacore – il primo finanziamento pubblico sulla demenza nella storia del nostro Paese e rappresenta, dopo il progetto Cronos (avviato nel 2000, ndr) e la pubblicazione del Piano nazionale delle demenze (nel 2014, ndr), la più grande operazione di sanità pubblica su questo tema». Tra le iniziative lanciate dall'Iss, in collaborazione con l'associazione Alzheimer Uniti Italia, spicca l'indagine nazionale sulle condizioni sociali ed economiche dei familiari dei pazienti con demenza. Da un paio di giorni è possibile compilare il questionario sul sito [www.famiglie.demenze.it](http://www.famiglie.demenze.it). E per fare il punto sulle progettualità del Fondo Demenze si svolgerà un convegno, nella sede dell'Iss a Roma, lunedì 26 settembre. Infatti l'Alzheimer «non è solo un problema medico – sottolinea Sandro Iannaccone, primario dell'Unità di riabilitazione Disturbi neurologici cognitivi-motori dell'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano – ma ha una dimensione sociale enorme». Infatti per ogni paziente di demenza «si calcola che siano coinvolti nell'assistenza tre *caregiver*, familiari o esterni». E «all'interno delle famiglie dei malati si consumano veri e propri drammi ai quali il nostro sistema di welfare non riesce a dare risposte soddisfacenti» spiega Patrizia Spadin, fondatrice e presidente di Aima. Che lamenta anche l'assenza – nei programmi dei partiti per le prossime elezioni – di impegni a cambiare qualcosa del sistema di presa in carico delle persone con demenza». «La diagnosi di demenza è, per chi la riceve e la sua famiglia, un momento estremamente drammatico – osserva Gabriella Porro, presidente di Federazione Alzheimer Italia –, ma è fondamentale dire che la vita non finisce con quella diagnosi e non è la malattia a definire la persona anzi, è proprio da quel momento che deve necessariamente iniziare un percorso di cura e inclusione».

Sul piano delle cure, si dibatte molto sul tipo di ricerche da privilegiare. Tra i farmaci eziologici, cioè che puntano a rimuovere le sostanze tossiche che

danneggiano il cervello «soprattutto l'amiloide e aggregati di proteine tossiche tra cui la Tau» osserva Iannaccone, grandi speranze e controversie ha suscitato l'Aducanumab, approvato dalla Food and Drug Administration negli Stati Uniti (anche se ancora sotto osservazione), e respinto in Europa dall'Agenzia europea dei medicinali (Ema). «I risultati finali della sperimentazione sono attesi prossimamente – riferisce Iannaccone –. Su questa traccia camminano anche altri farmaci sperimentali diretti o contro la proteina Tau o di nuovo contro l'amiloide, cercando di essere più selettivi». Ma il punto cruciale, conclude, è che dai dati «si può dedurre che la malattia inizialmente ha una certa reversibilità, se trattata con questi anticorpi specifici, ma progredendo diventa irreversibile». Ecco quindi l'importanza di individuare i sintomi precoci: «Nel nostro Paese ci sono circa 750mila persone con declino cognitivo lieve, ovvero soggetti con un elevatissimo rischio di ammalarsi di demenza», chiarisce Paolo Maria Rossini, direttore del Dipartimento di Neuroscienze e neuroriabilitazione dell'Irccs San Raffaele di Roma. Convinto di un altro approccio è invece il geriatra Antonio Guaita, direttore della Fondazione Golgi Centi di Abbiategrasso (Milano): «È chiaro ormai – spiega – che anche la beta-amiloide è probabilmente solo una fase della malattia, non tutta la malattia». E aggiunge che bisogna «trovare degli indicatori biologici di facile accesso per fare la diagnosi di malattia attraverso gli esami del sangue. Sarebbe importantissimo perché, se noi sappiamo che c'è una fase della malattia in cui togliere la beta-amiloide è utile, ormai sappiamo che questa fase deve precedere i primissimi sintomi».



## Protesi al seno dopo un tumore

**12** Quali sono i problemi che possono presentarsi: come riconoscerli e che cosa fare

# Protesi al seno dopo un tumore Che cosa fare se qualcosa non va

di **Vera Martinella**

**I**n tutto il mondo la ricostruzione del seno in seguito a tumore viene eseguita prevalentemente utilizzando impianti mammari (85/90%).

Si tratta di un intervento chirurgico poco invasivo, minimamente doloroso e caratterizzato da un rapido recupero postoperatorio, con immediato reinserimento delle donne nel mondo del lavoro e nella vita sociale e familiare. Ma ogni tanto qualcosa non va.

Come tutte le operazioni anche la ricostruzione della mammella presenta i suoi rischi e le sue complicanze.

### Che cosa può succedere?

«Una delle complicanze più frequenti è il sieroma, ossia la formazione di liquido nella zona in cui è stata posizionata la protesi — risponde Carlo Magliocca, presidente della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva-rigenerativa ed Estetica (Sicpre) —. Se per la ricostruzione è stata utilizzata una protesi di forma anatomica (o “a goccia”) il siero può far ruotare le

protesi, dando al seno ricostruito un aspetto sgradevole. Inoltre, se il liquido non viene eliminato rapidamente (generalmente il drenaggio avviene sotto guida ecografica) si può andare incontro prima a infiammazione locale e poi a infezione. Se una protesi si infetta, in chirurgia ricostruttiva come in chirurgia estetica, può essere trattata con terapia antibiotica ma se gli antibiotici non riescono a debellare l'infezione le protesi vanno rimosse e la ricostruzione del seno va rinviata a quando l'infezione sarà stata risolta. Inoltre, le protesi mammarie sono “corpi estranei” e l'organismo reagisce al loro inserimento cercando di isolarle. Intorno alla protesi si forma una membrana morbida, la cosiddetta capsula periprotecnica. In alcuni casi, con un'incidenza variabile dal 6% al 30% dei casi, la capsula può trasformarsi in un involucre fibroso che rende le mammelle dure al tatto. Si è di fronte alla cosiddetta “contrattura capsulare”, che determina mammelle di forma innaturale e spesso asimmetrica. Tra le possibili evenienze negative, poi, c'è la rottura. Le protesi mammarie non sono infatti dispositivi eterni».

**Quali sono motivi all'origine dei problemi più comuni?**

«Il sieroma, come la contrattura capsulare, sono considerate risposte dell'organismo a quel corpo estraneo che è la protesi — spiega Magliocca, che è anche chirurgo plastico di riferimento della Breast Unit dell'Ospedale Fatebenefratelli dell'Isola di Tiberina di Roma —. Il primo si manifesta nella grande maggioranza dei casi subito dopo l'intervento, mentre la seconda insorge più spesso dopo un certo tempo, di solito qualche anno. Entrambe le manifestazioni sono più frequenti in pazienti sottoposte a radioterapia, cura locale che ha l'effetto secondario di rendere i tessuti mammari meno vitali e più sclerotici.

«In particolare, la radioterapia aumenta la percentuale di contrattura fino al 60% dei casi. Per quanto riguarda la rottura, occorre ricordare che negli anni le pro-



tesi mammarie vanno incontro a progressiva usura. In chirurgia ricostruttiva come in estetica, devono essere sostituite in un arco temporale compreso tra i 10 e i 15 anni. Non sostituire protesi usurate può causare migrazione del silicone nei tessuti circostanti e nei linfonodi, rischi che si possono assolutamente evitare programmandone la sostituzione quando è il momento di farla».

## **Quanto sono frequenti? E dopo quanto tempo in genere si verificano?**

Le protesi mammarie non hanno una durata illimitata, ma devono essere sostituite quando manifestino i segni del deterioramento fino alla rottura.

«Le statistiche dicono che, con il passare degli anni, la percentuale di rottura va dal 8% delle protesi fino al 24% (quasi una su quattro, quindi). Non esiste però un tempo predeterminato — puntualizza Marzia Salgarello, consigliere Sicpre —. Per questo è importante un monitoraggio periodico, sia con la visita dello specialista che ha eseguito la ricostruzione, sia effettuando gli esami indicati, in primis l'ecografia.

«Per quanto riguarda la contrattura capsulare, cioè la reazione dell'organismo che "attacca" la protesi rivestendola di tessuto fibroso, si calcola che nel 15-30% dei casi la capsula si ispessisca fino a diventare anche molto dura, deformando la protesi stessa e il profilo del seno ricostruito.

«Il sieroma, ovvero l'aumento evidente di volume del seno per accumulo di liquido (il siero, appunto) nella capsula della protesi dopo almeno un anno dall'intervento, è un'evenienza abbastanza rara, ma la presenza di una minima quantità di liquido attorno alla protesi è una condizione quasi normale».

## **Quando sospettare che qualcosa non funziona? Sono indicati accertamenti specifici?**

«Di solito la rottura della protesi non è avvertita dalla paziente. La scoperta avviene spesso a seguito di un'ecografia mammaria, che a sua volta suggerisce una risonanza magnetico-nucleare (Rmn) per confermare il sospetto per verifica-

re l'entità della rottura» continua Salgarello, che è professore associato di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma. Ad esempio, la rottura può essere intracapsulare, ovvero la protesi è rotta ma la fuoriuscita del silicone è limitata allo spazio tra la protesi e la capsula, oppure extracapsulare con lo spandimento del silicone ai tessuti circostanti.

«Attenzione però: il responso della risonanza magnetica può non essere veritiero. In alcuni casi, durante l'intervento di sostituzione della protesi ci si accorge che non è rotta. In altre situazioni, invece, i problemi sono molto evidenti».

## **Quali sono i sintomi da non sottovalutare?**

«In caso di contrattura capsulare, la paziente nota che il seno operato diventa duro e perché ha un aspetto innaturale e asimmetrico rispetto all'altro. Anche l'infezione può essere molto evidente» aggiunge l'esperta.

«Se il seno diventa rosso, caldo e dolente, la paziente deve chiamare subito il suo chirurgo plastico o andare direttamente al Pronto Soccorso perché deve iniziare la terapia antibiotica in tempi brevi. Attenzione anche alle manifestazioni più blande (rossore lieve, fastidio appena accennato o inesistente) che vanno comunque riferite subito al chirurgo plastico, evitando così di dover affrontare un'infezione cronica, molto più problematica. Infine, il sieroma si manifesta con un improvviso aumento del volume del seno ricostruito con la protesi.

«Il consiglio è ovviamente quello di chiamare il chirurgo plastico e farsi visitare. L'ecografia è l'esame che può dimostrare la presenza di liquido all'interno della capsula che circonda la protesi.

«A questo punto, su indicazione del chirurgo plastico curante si potrà aspirare il liquido per farlo analizzare».

## **A chi è meglio rivolgersi?**

In tutti i casi di fastidi, dolore, aspetto anomalo del seno ricostruito, variazioni di forma e volu-

me, il consiglio è quello di rivolgersi al chirurgo plastico che ha effettuato la ricostruzione. «Se questo non è possibile, il riferimento è comunque un chirurgo plastico, in quanto esperto sia di protesi sia di ricostruzione mammaria — sottolinea Marzia Salgarello —. La paziente che si allarma per un problema legato alle protesi ha bisogno di una valutazione dello stato della protesi ma anche della sua ricostruzione, per valutare se sia necessario modificare la ricostruzione stessa. È bene ricordare che al termine del follow-up oncologico, la paziente continuerà ad effettuare gli esami per il monitoraggio delle protesi, ovvero l'ecografia mammaria una volta all'anno, e quando indicato dall'esame ecografico stesso, l'approfondimento delle condizioni della protesi con la risonanza magnetico-nucleare».

## **Che cosa dire relativamente ai rari linfomi dovuti alle protesi?**

«Sebbene non siamo ancora perfettamente sicuri della reale incidenza di BIA-ALCL, cioè il linfoma anaplastico a grandi cellule associato all'impianto di protesi mammarie — riprende Magliocca — allo stato attuale delle conoscenze la malattia sembra svilupparsi maggiormente quando per la ricostruzione della mammella sono state utilizzate protesi mammarie con una superficie molto rugosa (le cosiddette macro testurizzate), ma non è escluso che possa svilupparsi anche su protesi con superficie diversa. Generalmente compare dopo episodi ripetuti di sieroma (ac-

cumulo di siero intorno alla capsula che riveste la protesi) o quando sia presente una grave contrattura capsulare (membrana dura e fibrosa che riveste la protesi). Ancora, non



è escluso che la comparsa della malattia abbia anche una componente di predisposizione genetica». I dati forniti dal Ministero della Salute parlano di un'insorgenza pari allo 0,0046% di tutte le protesi impiantate, ma diversi studi internazionali riportano incidenze maggiori sino a 1 caso ogni 3 mila protesi.

«Se la malattia viene diagnosticata precocemente è sufficiente il trattamento chirurgico, che consiste nell'asportare completamente le protesi mammarie con la capsula che le riveste. Quindi niente

allarmismi: trascorso qualche anno dalla ricostruzione, va fatto un controllo delle protesi mammarie prima con un esame ecografico e, in casi dubbi, con la risonanza magnetica».

### **Esistono alternative alle protesi per la ricostruzione post-oncologica del seno?**

«Si può ricorrere ai cosiddetti tessuti autologhi, cioè della paziente stessa — conclude Salgarello —. Quando è stata eliminata solo una parte del seno, con la quadrantecto-

mia, si può ripristinare il volume

perduto con il lipofilling, autotrapianto di grasso. Con una piccola lipoaspirazione eseguita in sala operatoria, questo viene prelevato dai punti del corpo della paziente in cui è naturalmente presente (addome, fianchi, ecc.) e quindi, dopo un breve processo di lavorazione, trasferito nella parte della mammella che si vuole "riempire". Quando il deficit in seguito all'intervento oncologico è maggiore (e spesso in seguito a problemi con le protesi) si può invece ricorrere a lembi di cute e grasso prelevati soprattutto dall'addome. Si tratta di una ricostruzione chirurgicamente più complessa rispetto all'intervento di impianto di protesi, ma può dare risultati molto favorevoli, anche per la naturale evoluzione nel tempo del seno così ricostruito. «Infatti, il seno ricostruito con tessuti della paziente tenderà con il passare degli anni ad avere un aspetto simile a quello non operato.

Insomma, un risultato d'insieme più coerente e per questo naturale. Un altro vantaggio, seppur indiretto, è poi quello sull'addome, che in seguito all'intervento risulta più teso e compatto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

---

La ricostruzione in seguito a mastectomia è una prassi consolidata e molto collaudata. Tuttavia, come tutte le operazioni, può presentare rischi e complicanze, che se riconosciute possono essere ben gestite

---

**La sostituzione**  
è necessaria quando  
si manifestano  
segnali  
di deterioramento







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Humanity 2.0

## Il ricercatore artificiale

PAOLO BENANTI



«**H**ai conosciuto il nuovo ricercatore?». Oggi questa domanda, che di solito risuona nei corridoi di un qualche istituto di ricerca farmaceutica, potrebbe non essere più rivolta a un collega umano ma a una intelligenza artificiale.

Partiamo dallo scenario di fondo. Negli ultimi decenni sono stati sviluppati pochissimi nuovi antibiotici, soprattutto perché gli attuali metodi di screening dei potenziali farmaci sono proibitivi in termini di costi e di tempo. Per questo qualcuno pensa a una nuova strategia promettente: l'uso di modelli computazionali, che offrono un modo potenzialmente più rapido ed economico per identificare nuovi farmaci. Un nuovo studio del Mit di Boston ha rilevato il potenziale e i limiti di uno di questi approcci computazionali. Utilizzando strut-

ture proteiche generate da un programma di intelligenza artificiale chiamato AlphaFold, i ricercatori hanno esaminato se i modelli esistenti potessero prevedere con precisione le interazioni tra proteine batteriche e composti antibatterici. AlphaFold, un software di intelligenza artificiale sviluppato da DeepMind e Google, ha previsto con precisione le strutture delle proteine a partire dalle loro sequenze di amminoacidi. Questa tecnologia ha suscitato l'entusiasmo dei ricercatori che lavorano a nuovi antibiotici e che sperano di poter utilizzare le strutture di AlphaFold per trovare farmaci che si leghino a specifiche proteine batteriche.

I ricercatori potrebbero iniziare a utilizzare questo tipo di modellazione per effettuare screening su larga scala di nuovi composti che mirano a proteine precedentemente non bersagliate. Ciò consentirebbe lo sviluppo di antibiotici con meccanismi d'azione inediti, un compito essenziale per affrontare la crisi della resistenza a-

gli antibiotici. Tuttavia, i ricercatori, guidati da James Collins, Termeer, professore di Medical Engineering and Science del Dipartimento di Ingegneria biologica del Mit, hanno scoperto che i modelli esistenti non erano adatti a questo scopo. In effetti, le loro previsioni erano di poco superiori al caso. «Innovazioni come AlphaFold stanno ampliando le possibilità di scoperta di farmaci, ma questi sviluppi devono essere accompagnati da ulteriori progressi in altri aspetti della modellazione che fanno parte degli sforzi di scoperta dei farmaci – afferma Collins –. Il nostro studio parla sia delle attuali capacità sia dei limiti delle piattaforme computazionali per la scoperta di farmaci». Le promesse sembrano interessanti ma il giudizio umano pare fondamentale da far rimanere nel processo (il cosiddetto «Human in the loop»). La domanda di fondo è chi si farà garante di questo nei processi di industrializzazione della ricerca farmaceutica.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA

## Chance e domande con l'«ingegneria» dei sistemi cellulari

FABRIZIO MASTROFINI

**C**urare attraverso terapie geniche e cellulari. Sono gli ultimi sviluppi della medicina e dell'ingegneria dei sistemi molecolari e cellulari. Ma è tutto possibile, lecito, corretto? Sulla risposta si concentra la prima Conferenza internazionale «Ethics of Engineering Life» a Roma, nella sede di Vatican Media, il 26 e 27 settembre, presenti una quarantina di esperti e più di un centinaio di partecipanti online (<http://liceel.info/>).

Il confronto è il frutto di un dialogo tra alcuni importanti centri di ricerca internazionali: il Molecular Systems Engineering (NCCR) dell'Università di Basilea e il Politecnico Eth di Zurigo, con la Pontificia Accademia per la Vita e l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma. L'«ingegneria» dei si-

stemi molecolari e cellulari per applicazioni cliniche usa le competenze acquisite con lo sviluppo di terapie geniche e cellulari, grazie alle quali sono possibili il ripristino della vista (come accaduto nell'intervento Policlinico Gemelli-Ospedale Bambino Gesù di cui diamo conto nella pagina successiva), il controllo di disordini metabolici e la crescita di tessuti e organi in laboratorio (organoidi). I metodi per modificare, correggere o integrare il genoma dei pazienti potrebbero essere utilizzati per migliorare la salute, ma anche per obiettivi discutibili e problematici.

Per affrontare gli aspetti etici di tali tecnologie innovative, la Conferenza riunisce alcuni scienziati e medici che le applicano, ma anche esperti di etica, filosofi, teologi e rappresentanti di altre religioni, comunicatori, artisti e rappresentanti della società civile. «L'argomento che viene affrontato – ci spiega monsignor Vincenzo Paglia, presidente della Pontificia Accademia per la Vita – è al centro degli interessi di studio e di riflessio-

ne dell'Accademia, che dedica le proprie energie a favorire uno sviluppo scientifico-tecnologico soprattutto nell'ambito della vita e della salute, tenendo conto di una visione integrale della persona umana e di una più giusta convivenza civile. Per questo la Pontificia Accademia per la Vita è molto lieta della collaborazione avviata con alcuni centri scientifici internazionali».

I temi che vengono discussi, fa notare il cancelliere monsignor Renzo Pegoraro, «riguardano una frontiera avanzata della ricerca scientifica, dato che biologia e genetica sono ormai in grado di trasformare il genoma degli organismi viventi. D'altro canto questi sviluppi coinvolgono i rapporti tra scienza, tecnologia e società. È quindi di grande importanza favorire un dialogo e una reciproca conoscenza e comprensione tra saperi scientifici, etica e sfera pubblica».



**BAMBINO GESU-GEMELLI**

## Per due bambini una piccola luce che vince la cecità

Ora non hanno più bisogno di stare attaccati alle gambe della mamma quando si muovono in una stanza. Sembra poco, ma per chi dalla nascita convive con la distrofia retinica ereditaria – una malattia rara che interessa circa 1 persona su 200mila nel mondo, e in Italia coinvolge tra 100 e 120 persone, portando nei casi più gravi alla cecità – vedere «miglioramenti significativi» del campo visivo è un «grande risultato». Questo il traguardo raggiunto da due fratellini di 8 e 3 anni, affetti da amaurosi congenita di Leber, la forma più grave di distrofia retinica. «Questi interventi sono stati fatti a distanza di mesi – spiega Giancarlo Iarossi, referente del percorso sulle distrofie retiniche all'interno dell'unità di Oculistica dell'ospedale Bambino Gesù –. Ci sono per questa terapia limiti anche anagrafici, non si possono trattare pazienti al di sotto dei 3 anni. E la bimba curata è la più giovane paziente trattata in Italia». La terapia consiste in una singola iniezione – "one shot" – nello spazio sottoretinico di entrambi gli occhi di una copia funzionante del gene RPE65. Una volta nelle cellule, il gene è in grado di ripristinare la capacità visiva del paziente in modo significativo e duraturo. «L'intervento con-

siste in un'iniezione sotto la retina durante un intervento chirurgico di retinectomia – continua –, poi si va a inoculare questo virus modificato sotto la retina. Questo è un intervento eccezionale, perché è la prima luce alla fine del tunnel delle distrofie retiniche, per definizione incurabili. Per non generale aspettative eccessive, tuttavia, va detto che questa è solo la riparazione della modifica di un solo gene, quando sono 80-100 i geni responsabili delle distrofie retiniche ereditarie». In Italia i possibili pazienti adatti a questo tipo di intervento sono tra 100 e 150, non solo bambini. «Nel nostro Paese sono stati già fatti interventi sia su bimbi che adulti a Napoli, a Firenze e al Gemelli – ricorda Iarossi –, è chiaro che il recupero è tanto maggiore quando abbiamo un terreno fertile, cioè una retina non troppo degenerata». E lo si capisce dai progressi fatti dai due fratellini.

«Entrambi hanno migliorato la percezione degli oggetti in maniera significativa quando c'è meno luce – sottolinea l'oculista – hanno migliorato la loro capacità di discriminare un dettaglio fine e di orientarsi nello spazio. Non stanno, insomma, più attaccati alla gamba della mamma per muoversi». Tutte le funzioni visive sono migliorate, certo, ma non vuol

dire che avranno una vita normale e autonoma. «Sono fiducioso – conclude – che la terapia genica possa aprire una speranza anche per altri geni, per alcuni i *trial* sull'uomo sono in fase avanzata e quindi potrebbero esserci presto prossime mutazioni sui geni da trattare». Iarossi tiene anche a sottolineare il lavoro in team col Policlinico Gemelli, in cui materialmente è avvenuto l'intervento effettuato dal primario dell'unità di Oculistica, Stanislao Rizzo, «grazie a un accordo siglato in maggio per unire in maniera sinergica le potenzialità delle due strutture. È stato un bel risultato».

**Alessia Guerrieri**



Rizzo, i bimbi con la mamma, Iarossi





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

# Midollo osseo, ci vuole un dono

Campagna Admo per avvicinare i giovani a un gesto che può salvare la vita: «Serve un rilancio dopo il Covid» L'incontro col Papa

ALESSIA GUERRIERI

**D**onare il midollo osseo «è una terapia salvavita, davanti alla quale non ci si può esimere. I ragazzi, più di tutti, capiscono la grandezza di questo gesto». La presidente di Admo (Associazione donatori midollo osseo), Rita Malavolta, ieri alla fine dell'udienza generale ha incontrato il Papa che ha promesso «la sua preghiera per i donatori e per i tanti pazienti che aspettano un trapianto».

**Come è nata l'idea di incontrare Francesco?**

Volevamo portare il saluto dei donatori e di tutti i pazienti che sono in attesa di un donatore compatibile, perché per noi la sua vicinanza è un segno importante. Abbiamo chiesto al Papa di pregare per queste persone, affinché possano trovare un fratello genetico. Ora torniamo a casa con un suo invito ad andare avanti comunque e affrontare le difficoltà, ci ha detto che pregherà per donatori e pazienti. Abbiamo portato in dono un cuore bianco, un simbolo di speranza e auspicio, un libro che racconta quello che facciamo e un messaggio personale dell'associazione.

**Come è stato il vostro incontro?**

È stato molto emozionante, anche per il modo cordiale con cui ci ha accolti il Pontefice, come se fossimo amici da sempre. Con noi c'era anche la famiglia di un ragazzo che

non ce l'ha fatta, a dimostrazione che se non c'è un donatore non c'è speranza di salvarsi. Il donatore infatti è una "terapia salvavita", un'ancora di salvezza, una chiamata davanti alla quale non ci si può esimere. Abbiamo la speranza che questo messaggio, dopo l'incontro con il Papa, possa essere un incentivo in ogni ambiente.

**Questa visita s'inserisce nella settimana del dono, in cui è partita la campagna Match It Now. In cosa consiste?**

*Match It Now* viene organizzata ogni anno da Admo, Centro nazionale trapianti e Centro nazionale sangue, in occasione della Giornata mondiale della donazione di midollo osseo, quest'anno il 17 settembre. Veniamo da un periodo difficilissimo, quello della pandemia, dove abbiamo dovuto sospendere qualsiasi attività di sensibilizzazione nelle scuole e nelle università, utilizzando una modalità di sensibilizzazione a distanza che non è certo efficace come in presenza. Quindi l'iscrizione nel registro donatori è nettamente calata. Questa settimana di sensibilizzazione per noi si allunga fino al 10 ottobre per darci un po' più di tempo per organizzare eventi. Saremo presenti in 90 piazze, che è possibile conoscere dal nostro sito ([www.admo.it](http://www.admo.it)), con iniziative che servono a rievocare nuovamente la bellezza del dono. Per noi, insieme al messaggio del Papa, sarà come una rinascita. In queste tre settimane vorremmo dare un nuovo slancio per tutti i donatori che vogliono soddisfare la loro volontà di essere utili a qualcuno, che vuol dire concretamente dare una

possibilità a tutti coloro che sono in attesa di un trapianto.

**Su quale categorie orientate il vostro sforzo?**

Abbiamo deciso di puntare sul target 18-35 anni, perché è l'età in cui ci si può iscrivere nel registro donatori, e ci si rimane fino ai 55 anni. Questo perché i trapiantologi

scelgono donatori molto giovani per una finalità medica, legata alla vitalità delle cellule staminali e all'esito positivo del trapianto, visto che più un donatore è giovane più le possibilità di successo aumentano. Noi siamo presenti in moltissime scuole e in tutte le università d'Italia, tocchiamo una grande fetta di giovani e loro rispondono benissimo. I nostri figli sono straordinari, si iscrivono senza remore e quando vengono chiamati mai, e dico mai, si rifiutano di andare avanti col donare. Questo per noi è una grande soddisfazione. I ragazzi toccano con mano la specialità del loro gesto e vedono alla fine che può ridare una speranza, ridare i sogni e una vita a qualcuno magari della loro età e che non vede più un futuro davanti. I ragazzi hanno un senso di attenzione al bisogno molto spiccato, noi li accompagniamo durante la donazione. Arrivano in ospedale certo con la paura, ma sanno che è una "festa", un qualcosa da celebrare, perché hanno la consapevolezza del gesto grande che stanno facendo. Oltretutto è un dono anonimo ed è ancor di più da celebrare, perché non sapranno mai a chi hanno donato. Ma le loro parole spesso sono: «A noi basta sapere che qualcuno starà bene grazie a me». Sentimenti che poi fanno da volano quando diventano volontari e testimonial del dono, perché quella sacca che vedono andare verso un altro ospedale è un gesto incarnato nel bisogno.



Il fenomeno emergente delle infezioni resistenti agli antibiotici  
 Fondamentale una strategia sui farmaci di ultima generazione

# Lotta ai superbugs nuovi batteri killer

di **Alessandro Malpelo**

**Martellati** come siamo ogni giorno dall'assillo dei virus mutanti, ovvero le varianti del Covid, abbiamo perso di vista una insidia forse ancora più subdola: i batteri killer. Gli autori anglosassoni hanno coniato un termine suggestivo, superbugs, capace di rendere l'idea della pericolosità. Pochi sanno che è più facile contrarre un'infezione resistente agli antibiotici in Italia (11mila decessi in un anno) piuttosto che nel resto d'Europa (33mila esiti letali in ambito Ue, sempre su base annuale). Sono dati emersi nel corso del convegno Acta Reboot, attualità e controversie in terapia antinfettiva, che si è tenuto a Milano sotto l'egida della Regione Lombardia.

«**L'arrivo** di antibiotici di nuova concezione può arginare solo in parte l'incremento della resistenza batterica, ed è prioritario che le aziende sanitarie, le regioni e il ministero adottino strategie a lungo termine che possano contenere un fenomeno emergente, che la nostra società fatica a comprendere». Questo è il monito lanciato dagli specialisti intervenuti nell'assise presieduta da tre infettivolo-

gi di chiara fama: Paolo Bonfanti, Andrea Gori e Giuliano Rizzardini.

**Vediamo** che il Servizio Sanitario Nazionale investe somme ingenti per curare tumori, diabete, cardiopatie, affezioni respiratorie, disordini immunologici, e poi capita di perdere quegli stessi pazienti (fragili, anziani o trapiantati) per infezioni batteriche che si rivelano letali. Ecco perché, oltre alla ricerca scientifica, occorre migliorare ulteriormente l'igiene ambientale e prevenire abusi nelle prescrizioni di antibiotici, anche in ambito veterinario, oltre che nella pratica clinica.

**La pandemia** da Covid-19 ha fatto comprendere l'importanza dei vaccini. Abbiamo preso confidenza con i tamponi, gli antifiammatori, gli antivirali, gli anticorpi monoclonali. Si è visto che l'organismo umano deve fronteggiare l'assalto quotidiano dei patogeni, combattere vecchie e nuove conoscenze come i virus HIV, HBV, HCV, HDV e via di questo passo. «I farmaci long acting contro l'HIV stanno aprendo una nuova era - ha affermato il professor Rizzardini - ma restano ancora da affrontare i problemi del limitato accesso ai test, delle diagnosi tardive, dei pazienti in età avanzata e con altre malattie concomitanti». Un'altra scommessa riguar-

da l'eliminazione dell'epatite C entro il 2030, rilanciando gli screening per scovare i casi che ancora sfuggono ai controlli. Da citare infine l'impiego dei farmaci innovativi per l'epatite delta che permettono di trattare anche senza interferone pazienti che prima erano a corto di terapie.

**Tornando** ai superbugs, gli antibiotici di nuova generazione sono essenziali per combattere patogeni multiresistenti difficili da eradicare, soprattutto nei pazienti fragili, ma il professor Gori rimarca l'importanza di somministrarli al meglio, con i giusti dosaggi su casi ben selezionati. «Gli studi dimostrano che è possibile, anche in Italia, perfezionare l'impiego appropriato degli antibiotici - ha dichiarato Evelina Tacconelli, ordinario di malattie infettive all'Università di Verona, a conclusione del convegno Acta Reboot - mentre l'introduzione della stewardship antibiotica riduce fino al 70% le infezioni resistenti, soprattutto se gli sforzi sono coniugati agli interventi per migliorare l'igiene degli ospedali e promuovere un più frequente lavaggio delle mani».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# GRAZIE ALLA SCIENZA E ALLA NATURA SI POSSONO PREVENIRE I MALANNI DI STAGIONE

Per prepararsi ad autunno e inverno servono alleati che sostengano le nostre difese immunitarie, i Farmacisti Preparatori ci suggeriscono, per una buona prevenzione, l'Echinacea. Una pianta ricca di proprietà immunostimolanti

**F**inite le sospirate vacanze, il rientro di settembre non significa soltanto tornare a lavorare ma è anche un momento importante per cominciare a pianificare un periodo di prevenzione. L'autunno è alle porte e il nostro organismo sarà presto chiamato a doversi difendere da freddo e stress, le principali cause dei "malanni di stagione".

Il sistema immunitario sarà molto sollecitato e capita che a volte un'alimentazione equilibrata e uno stile di vita sano non siano sufficienti. Servono, allora, degli alleati che aiutino il nostro organismo a fronteggiare questi periodi più impegnativi.

**LA NATURA È AL NOSTRO FIANCO**  
Tra le piante che possono stimolare il nostro organismo e rafforzarsi c'è l'Echinacea, famosa sin dall'antichità per le sue potenti proprietà benefiche di potenziamento del sistema immunitario. L'Echinacea è un versatile e potente immunostimolante che viene consigliato a tutte le età e che, non facendo parte della nostra alimentazione, si deve assumere come integratore alimentare. Affinché da queste piante si

possa trarre il massimo del beneficio è necessario tenere presente i fattori ambientali in cui cresce e viene coltivata. Altitudine, latitudine, il clima, il periodo di raccolta, infatti, sono determinanti per il miglior livello di concentrazione delle sostanze salutari che le si riconoscono. Non solo, anche il metodo estrattivo è fondamentale. Per questo, ogni componente dell'Echinacea va estratto in modo differente. È necessario, quindi, che si gestisca, al meglio e con sapienza, solventi, temperature e metodi per mantenere inalterate le qualità intrinseche della pianta.

**UNA COMUNITÀ SCIENTIFICA  
CUSTODE DELL'ANTICA  
TRADIZIONE GALENICA**

I Farmacisti Preparatori sono un punto di riferimento importante per orientar-



## CORRIERE SALUTE

si nel mondo della prevenzione grazie alla conoscenza approfondita dei rimedi naturali unita a una tecnologia innovativa e a una preparazione scientifica all'avanguardia tra le migliori al mondo. Per preparare l'organismo ad affrontare momenti delicati dell'anno come i cambi di stagione, il laboratorio dei Farmacisti Preparatori ha brevettato l'ingrediente Echinoshield®. Si tratta di un estratto della radice di Echinacea pallida. Ne risultano degli integratori alimentari e da assumere nel periodo da settembre a marzo per cicli. La raccomandazione è sempre quella di non fare da soli ma affidarsi al prezioso consiglio di un Farmacista Preparatore per potere avere la migliore formula adatta alle proprie esigenze.

### UNA FILIERA CONTROLLATA PER STIMOLARE LE DIFESE DI BAMBINI E PIÙ GRANDI

Si sa ormai quanto sia importante la trasparenza in merito all'origine delle materie prime e dei processi di trasformazione dei prodotti. I Farmacisti Preparatori seguono con attenzione tutti i passaggi di lavorazione affinché siano sostenibili, certificati e validati. Infatti, uno degli aspetti fondamentali per un preparato di qualità è la provenienza delle piante di Echinacea con cui hanno formulato Echinoshield®. Per potere seguire in modo diretto ogni fase di trasformazione, fare analisi puntuali sul materiale vegetale, conoscere i fornitori e i metodi adottati di coltivazione, si è scelto di coltivare la pianta in Italia. Questa particolare attenzione è dovuta

anche al fatto che molti integratori a base di Echinacea sono tra i più indicati per aiutare l'organismo dei bambini. Quando i bambini cominciano a crescere, infatti, l'azione benefica della vitamina D e degli Omega 3 andrebbe combinata con sostanze attive come l'Echinacea. I Farmacisti Preparatori sono molto attenti a chi è più fragile e delicato, per questo il lavoro di ricerca è una chiave importante del loro lavoro.

Il dipartimento di medicina molecolare dell'Università degli Studi di Padova ha dimostrato che Echinoshield® stimola una risposta immunitaria agli agenti esterni tre volte più efficace

L'Echinacea è un potente alleato per tutti, anche i bambini. Il laboratorio dei Farmacisti Preparatori ne estrae il meglio per integratori alimentari studiati per ogni esigenza, grazie a tecnologia e scienza avanzate





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## L'INIZIATIVA

# A Roma ospedali e Asl si siedono attorno al «Tavolo» diocesano

GRAZIELLA MELINA

**L**iste di attesa interminabili per una visita medica e malati che non sanno come fare per ottenere diagnosi e cure. Di fronte alla crisi sanitaria, la diocesi di Roma ha deciso di fare da ponte tra pazienti e aziende ospedaliere. Di qui l'idea di un Tavolo diocesano Sanità, al quale hanno aderito numerosi ospedali romani: dall'Asl Roma 1 e 2 al Nuovo Regina Margherita, il Policlinico Gemelli, l'Ospedale San Giovanni Adolorata, l'Associazione Medici cattolici italiani di Roma, e poi San Camillo Forlanini, Campus Bio-medico, Policlinico Umberto I e quello di Tor Vergata, la Fondazione Santa Lucia, l'Ospedale Sandro Pertini, il Gemelli Medical Center, l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Roma. «Questo progetto nasce grazie all'esperienza, trasformata in forza ed energia, di una persona che vive sulla propria pelle il peso della malattia – spiega don Carlo Abbate, responsabile del Centro diocesano per la Pastorale sanitaria della diocesi di Roma –. Abbiamo avviato un percorso di ascolto e accoglienza con i direttori generali degli ospedali romani. Già

da qualche tempo li abbiamo invitati a incontrarsi chiedendo di unire le loro forze in un percorso di collaborazione comune».

Da questo progetto iniziale nasceranno poi diversi tavoli scientifici diocesani. «I primari delle varie unità ospedaliere di reumatologia, in particolare, associati anche ad altri, metteranno a disposizione il loro sapere, troveranno metodologie e strade comuni, ma anche progetti per facilitare l'accesso alle cure e alle terapie». La rete messa in campo dalla diocesi di Roma proverà a dare risposte concrete a tutte le persone che soffrono di malattie reumatologiche, ossia oltre 150 tipi di patologie infiammatorie o croniche che colpiscono le articolazioni, le ossa, i muscoli, talvolta anche organi e tessuti. A cominciare dalla fibromialgia, una malattia spesso non diagnosticata con tempestività, eppure molto diffusa: sono circa due milioni e mezzo le persone che ne soffrono nel nostro Paese. «Vogliamo far sì che tramite il centro di ascolto – racconta don Abbate – chi ne ha bisogno riesca a prenotare al più presto una visita al costo del ticket». L'alternativa è la sanità privata, per chi può permetterselo. «Ci siamo resi conto che per poter accedere alle cure queste persone non avevano un punto di riferimento – spiega Edith Aldama, responsabile dell'a-

rea medica "Malattie Reumatiche, Fibromialgia e Dolore Cronico" del Centro diocesano – e così sono costrette a richiedere visite a pagamento. In effetti, nella rete del Servizio sanitario nazionale esistono pochissimi ambulatori di reumatologia. In genere, se hai dolore vai dall'ortopedico». Così molti ospedali romani hanno deciso di unire le forze. «Abbiamo bussato alle porte del Gemelli, che ha accolto subito l'esigenza dei malati. Ma anche all'Ospedale San Giovanni hanno attivato un ambulatorio proprio per questi pazienti. Cercheremo di allargare la rete perché questi malati siano presi in carico, abbiano una diagnosi certa e siano seguiti nella gestione del dolore cronico».

La Pastorale della salute crea un luogo di confronto sulle necessità sanitarie del territorio. Con speciale cura per le malattie reumatiche





## DOPO L'ENNESIMO EPISODIO DI VIOLENZA

Pronto soccorso, chiusi i posti di polizia  
La Prefettura: uno studio per riaprirlidi **Rinaldo Frignani**

Per oltre mezzo secolo hanno rappresentato un presidio di sicurezza che appariva insostituibile. Una presenza quotidiana, non soltanto per i pazienti e i loro familiari, ma anche per il personale sanitario, i medici e gli infermieri, i rappresentanti dei movimenti di difesa dei mala-

ti e, non ultimi, anche i cronisti. Poi la razionalizzazione delle risorse varata una dozzina di anni fa ha fatto diminuire l'importanza dei posti di polizia all'interno degli ospedali romani e della provincia: gli agenti sono stati spesso sostituiti dalle guardie giurate, benché sia restato a loro il compito di tornare insieme ai carabinieri nei casi di emer-

genza. Ma molte volte, come è successo lunedì scorso al San Camillo, la loro assenza si è fatta sentire. E molto.

continua a pagina 5



Il dottor Emanuele Guglielmelli

# Ospedali, posti di polizia chiusi La Prefettura: studio per riaprirli

Vertice a Palazzo Valentini dopo l'assalto al San Camillo. Alcuni uffici attivi a ore

SEGUE DALLA PRIMA

Un migliaio di aggressioni agli operatori sanitari in un anno a livello nazionale, più altre duemila almeno non denunciate. Circa il 10 per cento nella Capitale e nell'hinterland, senza contare altri episodi di violenza e tensione che sono all'ordine del giorno. E poi liti, furti, anche molestie sessuali nei reparti. Dopo quanto accaduto al pronto soccorso sulla Gianicolense, con tre feriti e 25 nomadi che hanno assediato l'ospedale, anche la Prefettura monitora la situazione sulla quale indagano i carabinieri: in programma c'è una ricognizione dei posti di polizia dei nosocomi romani per capire quali siano ancora operativi e prendere le opportune iniziative. Che saranno discusse nei prossimi

Comitati provinciali per l'ordine e la sicurezza pubblica con l'obiettivo di difendere lavoratori e pazienti. Mesi fa l'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato - che l'altro ieri ha sollecitato misure come il dapo urbano per colpire i violenti in corsia - aveva chiesto proprio al prefetto Matteo Piantedosi un incontro per aumentare la sicurezza negli ospedali e ripristinare dove possibile i presidi interni fissi, che con il passare del tempo sono stati chiusi.

Un discorso che si ripresenta ciclicamente dopo ogni assalto a un pronto soccorso: se n'era già parlato tre anni fa, durante un Comitato provinciale, ma fino a oggi poco è cambiato. Anche perché spesso l'intervento delle forze dell'ordine è collegato alle chiamate al 112 e alla suddivisione quotidiana del territorio fra polizia e carabinieri. Ora però potrebbe arrivare la svolta.

Al San Camillo, ad esempio,

sono dovuti intervenire i militari dell'Arma, analoghe situazioni nelle settimane scorse a Tivoli, Civitavecchia e Anzio con la polizia chiamata dalla direzione degli ospedali e dai vigilantes. Eppure gli uffici coordinati dai commissariati di zona sono rimasti in molti casi a disposizione della Questura.

L'organizzazione delle unità sul territorio ha fatto in modo che alcuni presidi siano aperti - sebbene a orario variabile - nel corso della giornata, mentre in altri casi gli operatori sanitari in difficoltà devono attendere l'arrivo delle pattuglie dall'esterno. Nei tre policlinici maggiori - Umberto I, Gemelli e Tor Vergata - i posti di polizia ci sono e sono sempre operativi, con gli agenti pronti a ricevere denunce e acquisire referti medici da inviare all'autorità



giudiziaria, al commissariato di competenza o in Questura. Ma ci sono altri ospedali dove invece il presidio è chiuso oppure aperto ma sulla base delle disponibilità di personale del commissariato di zona: quindi sono operativi a ore al San Giovanni, Sant'Andrea, San Camillo, Sandro Pertini, Santo Spirito, Vannini-Figlie di San Camillo, San Filippo Neri, Cto della Garbatella, San Pietro, Fatebenefratelli, Sant'Eugenio, policlinico Casilino, G.B. Grassi di Ostia - uno dei primi a Roma a siglare un contratto con un istituto di vigi-

lanza privata -, così come all'Aurelia Hospital e poi a Frascati, al Noc di Ariccia e in altre strutture sul litorale.

Negli anni scorsi alcune organizzazioni sindacali di categoria avevano criticato la razionalizzazione degli uffici, che aveva portato anche alla chiusura di alcuni commissariati periferici. Ma ora forse, con le aggressioni in corsia sempre più numerose, si sta per tornare indietro.

**Rinaldo Frignani**

### **Policlinici**

Agenti fissi solo a Tor Vergata, Gemelli e Umberto I. Raffica di violenze in provincia



L'assessore  
Alessio D'Amato



Il prefetto Matteo Piantedosi



**Nel Sannio****Terapie da stregoni:  
fratelli finti medici  
accusati di omicidio****Gianni Colucci** *inviato a Mirabella*

**C'**è anche l'accusa di omicidio preterintenzionale per uno dei due fratelli beneventani, finti medici, che curavano il cancro shake-  
rando ossigeno e sangue della paziente irpina che è morta. *A pag. 13*

**L'INCHIESTA****L'illusione della salute****Sangue lavato con ossigeno  
medici falsi, paziente morta**

► Due fratelli di Montefusco in Irpinia: uno era massaggiatore, l'altro bagnino  
► La donna deceduta per embolia la "cura" per prevenire un tumore

**Gianni Colucci**  
*Inviato*

MIRABELLA ECLANO (AVELLINO). «Shakeravano» con l'ossigeno il sangue prelevato dal paziente e poi lo iniettavano nuovamente in vena. Una forma di lavaggio del sangue, che avveniva direttamente a casa dell'ammalato. Una pratica spregiudicata svolta da un operatore, tra l'altro, senza specifiche competenze mediche. E al termine del ciclo di terapie, una delle pazienti è morta. Ieri i due falsi medici che secondo la procura di Benevento hanno fatto aggravare le condizioni di Angela Russo, una donna di 54 anni di Mirabella Eclano, in provincia di Avellino, sono stati raggiunti da due misure cautelari. Uno, Angelo Graziano di 31 anni, un massaggiatore che si faceva passare

per medico, è accusato di lesioni, truffa aggravata e omicidio preterintenzionale ed è ai domiciliari. Per il fratello Fabio di 41 anni, impiegati saltuari come bagnino di centri fisioterapici, il magistrato ha disposto l'obbligo di dimora ipotizzando per lui il reato di lesioni aggravate. I due, originari di Montefusco, in provincia di Avellino, esercitavano in uno studio a San Giorgio del Sannio, in provincia di Benevento, ma avevano un ufficio anche a Penta di Fisciano in provincia di Salerno.

**IL DECESSO**

La morte di Angela Russo è avvenuto lo scorso anno, il 25 marzo del 2021, nella sua abitazione di Mirabella Eclano per arresto cardiaco ed embolia. Lo hanno poi accertato i periti della procura e quelli di parte che sono stati

chiamati ad effettuare un esame sul corpo della donna una volta che la procura ne ha disposto la riesumazione, a pochi giorni dal funerale. Un'inchiesta che è partita dalla denuncia dei fratelli della donna Marco, Maria e Virgilia, assistiti dall'avvocato Cinzia Capone. «Angela stava bene, non aveva bisogno di cure - dice Maria Russo - e quando l'ho vista in condizioni penose ho capito che



qualcosa non andava». Maria in casa della madre Emilia aveva trovato la sorella Angela prostrata dalle cure. Era da poco separata dal marito viveva dalla madre insieme ai suoi figli Alessia di 20 anni e Andrea di 24 anni.

«Erano tutti come sotto choc, erano stati influenzati da questo finto medico che gli imponeva acquisti di medicine in Germania e aveva inculcato nella testa di mia sorella che potesse essere destinata ad avere un tumore in futuro», racconta.

## SOTTO CHOC

«In casa ho trovato quei flaconi e le richieste di pagamento di un laboratorio tedesco a cui erano stati inviati campioni di sangue per delle analisi sia a mia sorella che a mio nipote Andrea».

Troppe cose non quadravano e la donna incarica un investigatore privato di fare delle ricerche, scopre anche che un suo lontano parente da Los Angeles era arrivato a San Giorgio del Sannio per farsi curare dal finto medico. In pochi mesi muore e si apre un'indagine. I carabinieri vanno nello studio dei fratelli Graziano ed effettuano dei sequestri. Ma il «santone» continua a frequentare ca-

sa di Angela, forse avvia un legame anche la figlia. Intanto spilla soldi liquidi, 50-60 euro per volta, ma anche bonifici da 600 euro di nonna Emilia che era come sotto incantesimo. Nel suo studio continua a passare un cospicuo numero di persone. Il passaparola funziona, si fa passare per uno specialista che si appoggia ad una clinica tedesca. Una volta invita anche un «luminare» proveniente da questa ipotetica clinica straniera: per i pazienti di Graziano fu un evento. E quando si diffuse la voce che c'era un'inchiesta su di lui, si affrettò a smentire. «Io ho solo aiutato quella povera gente». Nel suo curriculum fa trapelare che ha in cura anche una nota soubrette della tv.

Nella primavera dello scorso anno le condizioni di Angela precipitano. «In una settimana aveva subito cinque prelievi con la procedura della mistura di ossigeno e sangue, 200 grammi alla volta, poi iniettata nuovamente in vena. Senza una minima attenzione alle più elementari norme di igiene», dice la sorella della vittima, ancora sconvolta. Ma Graziano a modo suo si prodiga, è presente quando spira: «Le ho praticato il massaggio cardiaco», dice. La morte e i funerali, quindi

la richiesta di riesumazione della salma, accolta dalla procura. Seguono le indagini svolte dai carabinieri della compagnia di Mirabella Eclano e della stazione di San Giorgio del Sannio, coordinate dal procuratore di Benevento, Aldo Policastro.

I periti hanno confermato la morte per embolia e arresto cardiaco. I provvedimenti contro i falsi medici sono stati richiesti dal sostituto Assunta Tillo e firmati dal gip Maria Di Carlo.

«Le perizie hanno confermato che le pratiche erano svolte senza nessuna precauzione dai falsi medici. Dunque le cure che venivano prestate non potevano in alcun modo rappresentare un beneficio per la povera Angela», dice l'avvocato Cinzia Capone.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## IL QUARTIER GENERALE A SAN GIORGIO DEL SANNIO E LA "SUCCURSALE" A PENTA DI FISCIANO NEL SALERNITANO



BENEVENTO Una foto di archivio dei Nas che sequestrano farmaci e nel tondola donna morta. Angela Russo

