



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**08 Novembre 2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# LIVESICILIA

## Covid e affari milionari: “Truffa e frode” sulle mascherine

8 NOVEMBRE 2022 - DI RICCARDO LO VERSO

PALERMO – C'è un'inchiesta della Procura di Palermo su una maxi fornitura di mascherine anti Covid. Quelle indossate in Sicilia, durante una delicata fase di contrasto al virus, non sarebbero state a norma. Si tratta una delle tante indagini aperte dalla magistratura sulla stagione della pandemia e la gestione delle risorse per affrontarla. I pubblici ministeri lavorano in gran segreto, ma qualcosa trapela. Per forza di cose. Come è avvenuto per il blitz che ha portato all'arresto del funzionario della Protezione civile regionale Luigi De Luca e dell'imprenditore Sebastiano Grillo. I finanziari del Nucleo di polizia economico-finanziaria sono intervenuti dopo avere registrato il passaggio di denaro. La Protezione civile è stata il braccio operativo del governo nella fase più acuta della pandemia. La verità è che la sanità al tempo del Covid è un pentolone che ribolle. L'ultima novità è l'inchiesta sulle forniture di mascherine. Gli indagati sono cinque: il gelese Emanuele Mezzasalma, Carmelo Grassia di Troina e Alfio Drago di Acireale, i palermitani Luigi De Luca e Ugo Savettiere.

Si tratta dello stesso funzionario De Luca finito ai domiciliari: avrebbe incassato tangenti per velocizzare i pagamenti in favore di due imprese edili. Nella nuova inchiesta, di cui Livesicilia ha scoperto ora l'esistenza, il filone è quello legato alla gestione dei Covid. I reati ipotizzati sono “truffa per il conseguimento di erogazioni pubbliche e “frode nelle pubbliche forniture”. Si parla di milioni di euro in commesse assegnate senza gara. L'emergenza ha dato il via libera agli affidamenti diretti. L'inchiesta è partita dalla denuncia presentata in Procura da Salvatore Cocina, direttore della Protezione civile siciliana. Riteneva che la società Cinecittà srl, amministrata da Mezzasalma, avesse fornito delle mascherine “non conformi a quelle previste dal contratto”. Non solo, avrebbe anche “presentato alla Protezione civile falsa documentazione sulla qualità delle mascherine”.

La guardia di finanza ha analizzato le banche dati ed è emerso “un alert sulle capacità economiche della Cinecittà”. [Il vero dominus della società sarebbe Nunzio Adesini](#) (arrestato a novembre 2021 con l'accusa di avere corrotto funzionari del Genio Civile di Catania). Nel corso delle stesse indagini “si è giunti a dubitare della correttezza delle forniture di mascherine svolte da un altro appaltatore, la società Keywell dell'indagato Grassia”. Nei mesi scorsi i finanziari hanno fatto delle perquisizioni. Poi hanno incrociato alcune intercettazioni con i messaggi contenute nelle chat tra il funzionario della Protezione civile e diversi imprenditori. Così come sono stati incrociati i dati emersi a Palermo con quelli di altre indagini in giro per l'Italia. Il Covid ha portato morte, dolore e paura. Per alcuni sarebbe stata una grande occasione di lucro.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# I reumatologi: «Attenzione al mal di schiena e ai dolori articolari»

*In Sicilia sono circa 50.000 le persone colpite da spondiloartriti, un gruppo di malattie reumatologiche caratterizzate da infiammazione.*

8 Novembre 2022 - di **Redazione**

In Sicilia sono circa 50.000 le persone colpite da **spondiloartriti**, un gruppo di malattie reumatologiche caratterizzate da infiammazione e forti dolori alla colonna vertebrale o alle articolazioni di mani, piedi, ginocchia ecc. Si tratta di malattie infiammatorie croniche autoimmuni- tra cui **spondilite anchilosante** e **artrite psoriasica**– che interessano principalmente gli **adulti** nel pieno della loro vita sociale e professionale, ma nonostante questi numeri il ritardo diagnostico è ancora troppo alto.

«Le spondiloartriti possono avere conseguenze anche **molto gravi**, per cui è importante imparare a riconoscerle subito. In caso di mal di schiena o dolori alle articolazioni che si manifestano prima dei 40 anni e durano anche diversi mesi, occorre rivolgersi al medico e non tentare soluzioni fai da te» dichiara **Giuliana Guggino**, professore associato di **Reumatologia** all'Università di Palermo e Responsabile UO di Reumatologia AOUP "**Giaccone**". E, come conferma **Fabiola Atzeni**, professore ordinario dell'**Università di Messina**: «I sintomi della spondilite anchilosante e dell'artrite psoriasica possono trarre in inganno ed essere confusi, ad esempio, con un banale mal di schiena, oppure in molti casi si associano a una comune malattia cutanea come la psoriasi. Velocizzare il raggiungimento di una **diagnosi** e dare rapidamente l'avvio alle cure, rappresenta un vantaggio significativo per il benessere del paziente, visto che le cure ci sono e permettono il ritorno a una vita normale». Dopo l'approvazione dell'Agenzia Italiana del Farmaco (**Aifa**), è ora disponibile in Sicilia una **terapia innovativa** sia per la spondilite anchilosante che per l'artrite psoriasica che si somministra una volta al giorno per via orale. «Oggi i medici hanno a disposizione varie terapie efficaci, tra cui **upadacitinib**, appena approvato dall'Aifa e già disponibile nel nostro Centro, capaci di indurre la remissione in una rilevante percentuale di casi» dichiara **Michele Colaci**, professore di Reumatologia dell'**Università di Catania**, responsabile dell'UOS di Reumatologia dell'Azienda Ospedaliera per l'Emergenza **Cannizzaro**, Catania. Con il termine '**remissione**' si



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

intende una condizione di malattia spenta, che quindi non procura più dolore infiammatorio, con arresto della progressione del danno articolare. Questi obiettivi sono più facilmente raggiungibili se le terapie vengano iniziate tempestivamente, per cui è determinante la **diagnosi precoce**, rivolgendosi tempestivamente allo specialista reumatologo. Le spondiloartriti - che colpiscono circa 600mila persone in Italia- possono causare **dolore intenso**, mobilità limitata e **danni strutturali** a lungo termine in una popolazione relativamente giovane, ancora nel pieno della propria vita sociale e produttiva, in quanto il picco d'esordio è tra i 25 e i 40 anni. Successivamente ad un corretto inquadramento diagnostico il paziente sarà avviato il più precocemente possibile alla terapia.

## LA POLEMICA

# «Medici No Vax? Si ammalano E non migliorano gli organici»

*Gli ordini critici sul rientro in corsia. Per ora solo mille reintegrati, tra le critiche e molti cambi di incarico*

### Maria Sorbi

■ In alcuni ospedali (pochi) sono stati abbracciati dai colleghi. Ma in tanti reparti hanno trovato rancore e polemiche. Il primo giorno di lavoro dei medici No Vax (per ora un migliaio quelli effettivamente in servizio) è stato piuttosto teso. «Non so se verrò riassegnato in qualche altro reparto» ammette un infermiere di Como, medicina interna, in attesa che sia il suo direttore a stabilirlo. La decisione per il loro rientro è politica «e non scientifica» tengono a precisare i direttori sanitari. Detto questo, si parla di numeri molto bassi.

Al 31 ottobre i medici e odontoiatri sospesi erano 4.004, vale a dire lo 0,85% dei 473.592 iscritti. Di questi, i medici sono 3.543 (lo 0,82% su 434.577), gli odontoiatri 461 e i doppi iscritti, che per la stragrande maggioranza esercitano come odontoiatri, solo 325.

medici No Vax: poco meno della metà, il 47% dei 3.543 medici sospesi per non essersi voluti sottoporre alla profilassi vaccinale ha più di 68 anni. Ciò significa che questi 1.665 medici sono già fuori dal Servizio Sanitario Nazionale e non rientreranno quindi potenzialmente in servizio in strutture pubbliche. Tecnicamente il numero dei reintegrati non cambierà di molto la situazione negli ospedali: non sono tanti e quindi non

rappresentano né un rischio eccessivo in questa fase dell'epidemia né una soluzione al problema delle carenze di personale.

Quello che non va giù a chi non ha mai lasciato la corsia è che ci siano colleghi che non credono nella medicina e nei vaccini. E che rappresentano un rischio per i pazienti. Per di più, secondo l'Omceomi, «chi non è vaccinato contagia di più, si ammala di più e con questo, oltre a rappre-

sentare un pericolo, toglie forza lavoro alle strutture e al territorio, quindi ai pazienti, co-

stringendo i colleghi a turni maggiori». «Noi Ordini abbiamo avuto pochissimo tempo per adeguarci» al provvedimento sul reintegro. «Il decreto è stato immediatamente esecutivo, mentre avrebbe fatto comodo se ci fosse stata più possibilità di programma-

re - ammette Roberto Carlo Rossi, presidente dell'Ordine dei Medici di Milano - I tempi tecnici ci devono essere. A Milano sono circa 280 i medici che erano ancora sospesi e vengono ora reintegrati, da una prima stima. È ovvio che quando c'è carenza di personale anche un'unità in più fa comodo. Ma non sono numeri così grandi da pensare che con quello si risolverà il problema». «Ma andavano reintegrati. Non sono stati mica radiati dai loro rispettivi ordini professionali» fa notare il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia. In Veneto quelli che dovevano essere reintegrati il primo gennaio e che, adesso, rimetteranno il camice prima sono solo 12 su 605 operatori sanitari sospesi.

«Il ministro Schillaci è un medico, un accademico, sa

bene quello che fa» sostiene Francesco Paolo Figliuolo, commissario straordinario Covid nella fase più critica della pandemia.

«Io avrei preso decisioni diverse - commenta l'assessore lombardo alla Sanità, Guido Bertolaso - ma in ogni caso stanno facendo una tempesta in un bicchier d'acqua». In Lombardia il rientro ha riguardato 19 medici non vaccinati e circa 200 infermieri per un totale di 700 persone se si tiene conto anche del personale sanitario.

### I NUMERI

Bertolaso: «Sono pochi, non facciamo tempeste in un bicchier d'acqua»



**IL RITORNO**  
Al 31 ottobre i medici e odontoiatri sospesi erano 4.004, vale a dire lo 0,85% dei 473.592 iscritti. Di questi, i medici sono 3.543 (lo 0,82% su 434.577), gli odontoiatri 461 e i doppi iscritti, che esercitano come odontoiatri, solo 325



## Sanità Il ministro frena sulle riforme previste dal Pnrr

Allarme dei sindacati dei pensionati: i progetti per la medicina di prossimità e per l'assistenza territoriale sono fondamentali e già finanziati

**Ilaria Storti**

PAGINA

3

**ALLARME DEI SINDACATI PENSIONATI:** progetti per medicina di prossimità cruciali e già finanziati dal Pnrr

# Il ministro della Sanità frena sulla riforma del sistema



Il ministro della Sanità, Orazio Schillaci, frena sulle riforme previste dal Pnrr - su

tutte l'apertura delle Case di comunità e lo sviluppo dell'Assistenza territoriale - destando l'allarme dei sindacati. "Gli investimenti e la riforma dell'assistenza territoriale, decisi con il Pnrr - sottolineano Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil - pur con i limiti che abbiamo più volte evidenziato, a partire dalla carenza di personale, sono indispensabili: riconoscono che nell'ambito di un modello di sanità pubblica e universale, i servizi sociali e sanitari integrati e di prossimità sono i più appropriati fattori di prevenzione e di cura, essendo aperti e organizzati nei luoghi della vita quotidiana delle persone, e che agiscono anche sui determinanti di salute".

Il Piano di ripresa e resilienza, va ricordato, destina ben 2 miliardi alle case di comunità, ossia luoghi fisici di prossimità e

facile individuazione dove la comunità può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria, sociosanitaria e sociale. E i tempi sono strettissimi. Entro il 2026 andranno realizzate 1.350 Case della Comunità "rinnovate e tecnologicamente attrezzate".

Secondo il Pnrr, in sostanza, la Casa della Comunità diventerà lo strumento attraverso cui coordinare tutti i servizi offerti sul territorio, in particolare ai malati cronici. Queste strutture saranno il punto di riferimento continuativo per la popolazione, anche attraverso un'infrastruttura informatica, un punto prelievi, la strumentazione polispecialistica. E garantiranno la promozione, la prevenzione della salute e la presa in carico della comunità di riferimento. Tra i servizi inclusi è previsto, in particolare, il punto unico di accesso (PUA) per le valutazioni multidimensionali (servizi sociosanitari) e i servizi

dedicati alla tutela della donna, del bambino e dei nuclei familiari secondo un approccio di medicina di genere. Potranno inoltre essere ospitati servizi sociali e assistenziali rivolti prioritariamente alle persone anziane e fragili, variamente organizzati a seconda delle caratteristiche della comunità specifica.

In generale, la sanità di prossimità è un obiettivo concordato con l'Europa. Ma è anche una risposta inevitabile al cambiamento demografico. Un nuovo sistema, dunque, come evidenziano i sindacati dei pensionati, indispensabile "in special modo per le persone anziane non autosufficienti, che già nella



pandemia hanno più sofferto della debolezza dell'attuale sistema di servizi nel territorio e che si aspettano ora siano accelerati e non frenati i progetti di sviluppo dell'Assistenza territoriale". Non è dunque tempo di frenare ma di correre. Non a caso, Spi Cgil, Fnp Cisl e Uilp Uil, sottolineano di aspettarsi dal Parlamento "la rapida approvazione del disegno di legge sulla non autosufficienza, approvato il 10 ottobre dal Governo uscente, che rappresenta l'al-

tra scadenza prevista nel Pnrr collegata allo sviluppo delle case della comunità e dell'assistenza domiciliare".

"E' necessario aprire un confronto urgente con il sindacato dei pensionati unitamente alle confederazioni con il Ministro competente - concludono le tre sigle - per riaffermare le scelte condivise tra le istituzioni e le parti sociali in anni di confronti serrati riguardanti la tutela delle persone più fragili e per

realizzare una reale medicina di prossimità".

**Ilaria Storti**



**L'ANALISI**

# Non si può pasticciare col sistema sanitario

DI CARLO VALENTINI

**I**l servizio sanitario nazionale, pur a macchia di leopardo, è uno dei vanti che possiamo esibire. A differenza di altri Paesi, il servizio pubblico si prende carico di chi ha problemi, anche gravi, di salute. Non mancano le questioni aperte: dai pronto soccorso assediati perché non funzionano ambulatori-filtro al personale apicale scelto per appartenenza partitica ai tagli indiscriminati ai bilanci delle Asl. Ma il sistema, in generale, funziona e gli italiani si sentono protetti. Sarà meglio, allora, maneggiare con cura questo sistema sanitario, cercando di svilupparlo e non di stressarlo. Perciò è stata sbagliata la

decisione di intervenire su un problema ostico come quello della vaccinazione anti-Covid dei sanitari, assunta nel primo consiglio dei ministri operativo.

**Suona come una zampata ideologica, un conto** saldato ai no vax verso i quali c'era stato chi in campagna elettorale aveva ammiccato. Non può che spiegarsi così un intervento divisivo assunto due mesi prima della naturale scadenza delle norme a suo tempo emanate per tutelare gli ambienti ospedalieri, con la sospensione dal lavoro per i sanitari non vaccinati. In questi due

mesi si sarebbe potuto monitorare l'andamento invernale del virus e comunque provvedere in modo ponderato al reinserimento lavorativo. Invece si è fatto tutto in fretta e come se il Covid fosse sconfitto.

**Poiché non lo è, il rischio è di aggravare** una situazione in bilico. Ancora una volta chi ha adempiuto

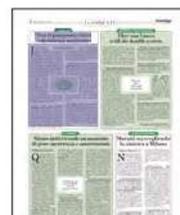
al proprio dovere (si è sottoposto alle dosi di vaccino) si sente buggerato. Non solo. Il governo va richiamato alle

proprie responsabilità: su temi di questa importanza ci debbono essere norme uguali per tutti e non lasciare alle singole Asl od ospedali la decisione sulle modalità

del reinserimento, che è un modo per lanciare il sasso e nascondere la mano.

**Il ministro deve procedere con l'attenzione** che questioni di tale portata richiedono. Lo si deve alla stragrande maggioranza del personale che si è vaccinato e ha pure sopportato turni massacranti nei periodi di picco dei contagi. Ma lo si deve anche ai pazienti, che debbono potere contare su medici non legati a strane consorterie che negano la scienza.

*Le nuove  
norme debbono  
valere a livello  
nazionale*



## La sanità negata

# Viaggi della speranza Campania maglia nera stangata da 185 milioni

► Il Covid non ferma la mobilità passiva: i pazienti scelgono il Nord per curarsi  
► Il report Agenas: servizi inadeguati al Sud ma rispetto al 2019-2020 si riduce la spesa

### IL FOCUS

#### Lorenzo Calò

I viaggi della speranza? Neppure il Covid li ha fermati e la direzione obbligata anche nel 2021 è rimasta quella di sempre: da Sud a Nord con vagonate di pazienti partiti dalla Campania per raggiungere strutture di cura in Lombardia, Veneto, Emilia Romagna, Toscana e Liguria. L'ultimo report Agenas, l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, ha di fatto cristallizzato un dato ormai consolidato, che conferma la sostanziale inadeguatezza del sistema sanitario regionale rispetto al bisogno-salute espresso dalla platea degli assistiti. La Campania infatti è ultima in Italia per mobilità assistenziale passiva, vale a dire i soldi spesi per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche offerte a pazienti campani che scelgono di curarsi in altre regioni. I viaggi della speranza costano alle casse regionali nel 2021 185,7 milioni di euro.

#### SUD INDIETRO

Ma è tutto il Mezzogiorno a patire l'inefficienza dei servizi sanitari (liste d'attesa, tempi di prenotazione, sostanziale sfiducia nell'apparato pubblico): saldo negativo anche per la Calabria

(-159,5 mln), la Sicilia (-109,6 mln), la Puglia (-87,6 mln). Certo, rispetto al periodo pre-Covid (2019-2020) l'esborso economico per le casse regionali campane si è comunque ridotto: a inizio 2020 l'Agenas stimava un giro d'affari di oltre 4,3 miliardi di euro con Lombardia ed Emilia Romagna nel ranking delle regioni più ricercate e, quindi, con un saldo fortemente in attivo. In questa graduatoria la Lombardia era la regione a primeggiare presentando un saldo positivo di 697 milioni, seguita dall'Emilia Romagna con 338 milioni; al terzo posto la Toscana con 142 milioni seguita dal Veneto con 125 milioni. A marzo 2020 erano 14 le regioni con saldo negativo, sempre guidate dalla Campania (-319 mln) seguita da Calabria (-280 mln), Lazio (-215 mln), Sicilia (-212 mln) e Puglia (-192 mln). Due anni dopo le Regioni a saldo negativo restano 14 ma la pandemia ha cambiato le gerarchie delle «aree virtuose» e abbassato fortemente gli introiti. Nel 2021 infatti la migliore performance è realizzata dall'Emilia Romagna (+293,9 milioni) che, quindi, supera la Lombardia, scesa a +274,9 milioni. E tuttavia, le performance del sistema

sanitario campano restano nel complesso insufficienti: nei giorni scorsi era stato il Rapporto annuale del ministero della Salute a evidenziare la maglia nera per la Campania per la "mortalità evitabile" (pazienti deceduti per cure in ritardo, inefficienze del sistema e carenza di prevenzione) in particolare per le malattie dell'apparato cardio-circolatorio e per patologie oncologiche.

#### TEMPI DI ATTESA

Migliorano invece i tempi di attesa - rispetto al 2019 - per gli interventi urgenti a 30 giorni, segno che dopo la pandemia c'è stata una forte ripresa della disponibilità ospedaliera con un taglio sensibile dei tempi. Questo in Campania (+3,9) riguarda sia il pubblico sia il privato ed è



un dato in positivo che si riscontra sia per gli interventi programmati in oncologia sia in cardiologia. L'analisi dell'area dedicata ai tumori maligni, per il periodo 2019-2021, indica come la pandemia da Covid abbia ancora degli effetti sui volumi sebbene si riscontrino dei miglioramenti nella garanzia di ricevere gli interventi nella classe di maggiore urgenza - classe A - da effettuarsi entro 30 giorni. Il primo dato che emerge è che tra il 2019 e il 2021 ben 10 regioni su 21 abbiano peggiorato le loro performance sui tempi di attesa per quanto riguarda i tumori

maligni. Il peggiore risultato è stato quello di Trento che ha registrato un calo del 25,4%. A seguire l'Emilia Romagna con -14,1% e il Piemonte con il -10,7%. Migliorato invece del 19,3% il rispetto dei tempi di attesa in Valle d'Aosta. Bene anche l'Abruzzo (+14,5%) e la Toscana (+13,4%).

**DOPO LA PANDEMIA  
OSPEDALI A PIENO  
REGIME: MIGLIORANO  
I TEMPI DI ATTESA  
PER GLI INTERVENTI  
URGENTI A 30 GIORNI**

## MOBILITÀ SANITARIA INTERNA

Volume economico  
2021

3,2 miliardi

Volume economico  
2020

4,3 miliardi

### COSTI PER LA CAMPANIA

2021

-185,7  
milioni di euro

2020

-319  
milioni di euro

REGIONI SOTTO  
TARGET 2021

14

### PEGGIORI PERFORMANCE

Campania

Calabria

Sicilia

Puglia

### MIGLIORI PERFORMANCE

Emilia Romagna

Lombardia

Veneto

Toscana



FONTE: Rapporto Agenas, mobilità sanitaria passiva

WITHUB



# Il Covid ripropone la difficile sfida della medicina di genere

**Prospettive della scienza.** Il sesso influisce sulle risposte ai farmaci, ma è un parametro di cui non si tiene abbastanza conto nelle sperimentazioni

**Francesca Cerati**

Il Covid è stato l'ultimo input in ordine di tempo per riprendere il discorso della medicina di genere: a morire a causa della malattia sono infatti più gli uomini, mentre le donne sono più suscettibili al Long Covid. In realtà, negli ultimi dieci anni, un elenco crescente di finanziatori ed editori - tra cui il National Institutes of Health (Nih) degli Stati Uniti e l'Unione Europea - ha chiesto ai ricercatori di includere i due sessi nelle sperimentazioni su cellule e modelli animali. Politiche mosse da due grandi catalizzatori. Uno legato al crescente riconoscimento che le differenze basate sul sesso, spesso legate ai profili ormonali o ai geni sui cromosomi sessuali, possono influenzare le risposte ai farmaci e ad altri trattamenti; l'altro, la consapevolezza che l'inclusione dei due sessi può aumentare il rigore dell'indagine scientifica. L'Italia è stato il primo Paese a dotarsi di una legge (la 3/2018) per la diffusione della medicina di genere, diventata piano operativo e applicativo nel 2019.

«Il piano ha quattro punti cardine: il primo spiega che la medicina di genere deve entrare in tutti i Pdta (Percorsi diagnostico terapeutici assistenziali) nazionali, cioè dobbiamo considerare il sesso e il genere dell'individuo prima di prestare le cure richieste; il secondo riguarda la ricerca preclinica e clinica, il terzo punto la formazione, il quarto la comunicazione e l'informazione» spiega Silvia De Francia, professore associato di Farmacologia clinica e ricercatrice all'Università di

Torino, tra i protagonisti della 14esima edizione della Conferenza mondiale di Science for Peace and Health della Fondazione Veronesi che l'11 novembre in Bocconi tratterà proprio delle "Prospettive della scienza su sesso, genere e identità" (in streaming su [science.fondazioneveronesi.it](http://science.fondazioneveronesi.it)).

«Se seguissimo questo schema saremmo avanti - riprende De Francia - Il problema è che con la pandemia il piano si è arenato. E anche se l'Istituto superiore di sanità ha un centro per la medicina di genere che lavora in tal senso e ha istituito un osservatorio per il lavoro delle regioni, purtroppo a oggi sono poche quelle che hanno un referente, e solo 4-5 quelle che hanno attivato un tavolo tecnico».

Formalizzare l'inserimento del concetto di "genere" in medicina oltre a essere un atto indispensabile per garantire a ogni individuo la cura migliore è anche il preambolo per la messa terra della medicina personalizzata. Detto questo, la contabilizzazione del sesso negli studi preclinici e clinici non è così semplice come potrebbe sembrare.

«Nella ricerca preclinica (sulle linee cellulari e sulle cavie) il modello maschile è quello favorito perché è molto più semplice da studiare essendo privo di interferenze ormonali, e anche dal punto di vista numerico una sperimentazione con modelli femminili dovrebbe coinvolgere molti più soggetti al fine di dare un'ampia variabilità. Di conseguenza è più costosa. Nella sperimentazione clinica di fase 2 e 3 siamo a un parziale arruolamento non ancora paritario, mentre è assente in fase 1 (sui volontari sani)». Per quanto riguarda gli ambiti, in oncologia e in cardiologia si stanno facendo passi in avanti coi nuovi farmaci. «Per contro continuiamo a somministrare la cardioaspirina qua-

le preventivo di ictus e malattie cardiovascolari che è stata testata a cavallo tra gli anni 80 e 90 in una sperimentazione che ha coinvolto 22mila uomini - sottolinea De Francia - In sostanza, i farmaci di vecchia generazione, come gli antipertensivi o quelli che riducono il colesterolo, contengono solo informazioni al maschile. Dal mio punto di vista le fette di mercato devono corrispondere alla popolazione e quindi è necessario riscrivere protocolli che sono desueti».

Flavia Franconi, già professore di Farmacologia all'Università di Sassari e anch'essa relatrice del Convegno aggiunge ulteriori elementi: «Io preferisco parlare di medicina basata sul sesso e sul genere, cioè una medicina personalizzata e olistica che tenga conto dell'individuo, che nel corso della vita viene trasformato non solo da fattori biologici, ma anche sociologici. Esiste, come è noto, una relazione inversa tra salute e povertà, ma recenti studi hanno dimostrato che quest'ultima modifica addirittura il Dna. In sintesi la prevenzione della medicina di genere non può essere svolta solo dal sistema sanitario, ma deve coinvolgere anche il sistema sociale».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Sanità in crisi Medici di famiglia, scatta l'emergenza

Marzio Bartoloni — a pag. 25

# Emergenza medici di famiglia: sempre di meno e senza riforma

**L'allarme.** Ogni anno chiudono quasi mille studi: carenze più diffuse al Nord, Lombardia e Veneto al top. Partono le Case di comunità previste dal Pnrr ma ancora non è chiaro che ruolo avranno i camici bianchi

**Marzio Bartoloni**

**D**al 2019 i loro ambulatori chiudono a un ritmo di quasi mille all'anno e se si guarda agli ultimi dieci anni i medici di famiglia mai rimpiazzati sono quasi 6mila, oltre il 10% dell'intera platea. E così per tanti italiani sta diventando sempre di più una vera e propria corsa a ostacoli trovare il proprio dottore di fiducia tra i 40mila scarsi rimasti (erano 46mila nel 2012) che spesso sono costretti all'*over booking* e cioè a superare quel massimale di 1500 assistiti fissato dai contratti. Un tetto questo che soprattutto in alcune zone del Nord Italia, in particolare nei grandi centri, è solo una chimera visto che è stato superato ampiamente con tetti che arrivano a 1800 pazienti per medico e anche di più. Un numero davvero difficile da seguire per garantire in tempi stretti una ricetta o un consiglio medico.

Ma ad affliggere il mondo della medicina generale non c'è solo un problema di carenza che si trascina da diversi anni e che condivide con diverse specializzazioni mediche che lavorano in ospedale. Dopo la pandemia durante la quale il contributo dei medici di famiglia è stato complicato se non a volte marginale - anche per mancanza di strumenti a partire da quelli più semplici come le mascherine - è emersa con chiarezza la necessità di una riforma o quanto meno di un "tagliando" di questa figura che va ricordato è un libero professionista che attraverso una convenzione lavo-

ra per il Servizio sanitario nazionale. Una riforma quanto mai urgente ora che sta per decollare grazie ai fondi del Pnrr (7 miliardi) anche la nuova Sanità territoriale con le Case di comunità al centro. Come interagiranno con gli studi dei medici di famiglia? Ancora non si sa, anche se le ipotesi non mancano.

### L'emergenza carenza

A mettere in fila gli ultimi numeri sull'emergenza carenza è l'Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, che ha aggiornato i dati al 2021. A fronte di 40250 medici di famiglia complessivi la media di italiani assistiti per ognuno di loro è di 1237 con il valore più alto al Nord (1.326), rispetto al Centro (1.159) e al Sud (1.102). Numeri che rappresentano appunto solo delle medie e che non raccontano le grandi differenze a livello regionale o locale, con Regioni che comunque sono a un passo dal massimale "storico" di 1500 pazienti per medico soprattutto al Nord: oltre al record del Trentino Alto Adige con 1454 pazienti per medico ci sono anche grandi Regioni come la Lombardia (1450) o il Veneto (1370), ma anche la Calabria con la Sanità commissariata che nel 2021 balza a 1423 assistiti per medico dai 1055 del 2019. Una importante boccata d'ossigeno per invertire questa tendenza che sembra inarrestabile arriverà grazie alla formazione delle nuove leve che potranno sfruttare le 900 borse in più all'anno approvate dal precedente Governo grazie ai fondi del Pnrr che si sommano ai finanziamenti ordinari. E così per tre anni e cioè fino al 2025

le borse passano da 1879 a un totale di 2779. Il concorso, come al solito in ri-

tardo rispetto al previsto, è fissato per marzo. Ma come ha ricordato lo stesso presidente dell'Ordine dei medici Filippo Anelli subito dopo il via libera alle nuove borse potrebbe non bastare: «È un numero finalmente congruo - osserva Anelli -, ma le carenze sul territorio sono tali che, per i prossimi cinque anni, fino a che saremo sul picco della gobba pensionistica andrebbero stanziare 4000 borse l'anno».

### La riforma in stand-by

L'ex premier Draghi aveva annunciato una riforma dei medici di famiglia con l'obbligo di lavorare un minimo di ore dentro le Case di comunità e nel distretto per integrarli meglio nella nuova Sanità territoriale. Ma con la caduta del Governo la misura che era pronta è finita nei cassetti e il nuovo Esecutivo ora dovrà decidere cosa fare. Dai primi segnali però non sembra ci sia l'intenzione di inserire nessun vincolo orario per i medici da spendere fuori dallo studio. La partita è appena iniziata e il risultato è ancora apertissimo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**La media di assistiti per medico è di 1237 con il valore più alto al Nord (1.326), rispetto a Centro (1.159) e Sud (1.102)**



# «Usare anche i fondi del Pnrr per potenziare i nostri ambulatori»

## L'intervista Claudio Cricelli

Presidente Società medicina generale

«Il Governo deve mettere ordine a questa confusione che c'è sulla Sanità territoriale e se possibile anche usando i fondi del Pnrr deve potenziare gli studi dei medici di famiglia che sono l'anello più vicino al cittadino perché oggi sono i servizi che vanno dai cittadini e non il contrario: noi possiamo garantire il 90% dei servizi che sono semplici il resto può andare nelle nuove Case di comunità». Claudio Cricelli, presidente della Società italiana di medicina generale, non ha dubbi: «Il problema non è far diventare dipendenti i medici di famiglia oppure vincolarli per un certo numero di ore nelle Case di comunità, il problema è metterli nelle condizioni di lavorare bene».

### Partiamo dalla carenza. Esiste un'emergenza?

La carenza dei medici di famiglia è un problema atavico che le Regioni affrontano nel modo più semplice: aggiungendo assistiti ben oltre i massimali e così oggi un giovane dottore si trova subito assegnato il tetto massimo di 1500 assistiti ma anche 1800 e so che in alcune Asl di

Milano si arriva anche 2mila. Il concetto di massimale è saltato, ma secondo me non è questo il nodo

### E qual è?

Sono d'accordo che da solo un medico di famiglia non può certo seguire bene 1500 o 1800 assistiti. Però se, come accade a esempio in Inghilterra, a ogni medico gli si garantiscono 3 assistenti tra infermieri e personale di studio la cosa cambia perché comunque l'80% del lavoro ormai è legato a certificati e adempimenti amministrativi

### Non se li può pagare da solo?

E come fa? Oggi la convenzione ci garantisce poco più di 4mila euro per pagare un assistente, è una inezia. Certo poi c'è chi rinuncia a parte del suo stipendio per pagarselo, ma non è corretto.

### Come fare allora?

Inutile giurarci attorno: servono più fondi per potenziare gli ambulatori e magari si possono trovare anche nel Pnrr.

### Ma serve una riforma?

Intervenire sulla medicina generale è una priorità assoluta. Ma non

servono alchimie giuridiche, basterebbe pagare di più i medici che offrono più qualità nei servizi come minori tempi di attesa o certificati e ricette inviate digitalmente grazie appunto all'aiuto del personale di studio.

### E le Case di comunità?

Servono per le prestazioni a maggiore intensità. Se ho la febbre e mi serve un consiglio oppure ho bisogno di una ricetta vado dal medico di famiglia sotto casa. Nelle Case di comunità il cittadino deve trovare in un posto solo visite specialistiche, esami del sangue, Tac o Ecografie senza dover fare il giro delle Sette Chiese.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'INTERVISTA **ROY DE VITA**

# «Sul virus adesso basta menzogne Vaccinare i giovani è un errore»

Il primario: «Durante la pandemia ogni principio è saltato e l'ortodossia ha impedito ai medici di avere dubbi. La profilassi è stata utile nella fase iniziale dell'emergenza, però obblighi e coercizioni sono ingiustificabili»

di **FABIO DRAGONI**

■ **Professor Roy de Vita troverà due mie chiamate sul suo cellulare. Forse non è il momento mi-**

**gliore.**

«Lei era in perfetto orario. Ma esco solo ora di sala operatoria. Il mio lavoro è questo».

**Sono io che mi scuso. Professor de Vita, le chiedo di raccontarci cos'era il Covid quasi due anni fa. Non da brillante e affermato divulgatore scientifico, ma da primario di chirurgia plastica ricostruttiva. Da medico ospedaliero, per intendersi.**

«Glielo racconto da paziente».

**Meglio...**

«Due anni fa ho preso un Covid serio. Il dieci novembre 2020. Due settimane di ricovero allo Spallanzani. Una polmonite interstiziale bilaterale. La terapia di elezione era l'antivirale remdesivir. Sono inizialmente migliorato. Dopodiché mi è ritornata la febbre ho rifatto la tac e la mia polmonite era peggiorata e mi ha portato d un passo della terapia intensiva. Fortunatamente poi è andata in remissione. Preciso che non ero un soggetto fragile con patologie concomitanti. Quel Covid in generale - e non parlo solo di me ora - era accompagnato da quadri clinici preoccupanti e talvolta devastanti cui non

eravamo abituati. Le terapie antibiotiche che generalmente diamo per fronteggiare eventuali sovra infezioni batteriche erano del tutto inutili. Quella roba lì ora e fortunatamente non c'è più».

**Quando ha capito che eravamo a un punto di svolta?**

«Sinceramente non saprei risponderle con esattezza. Sono sempre stato attento ai numeri soprattutto per quanto riguarda la mortalità in eccesso. Ho visto però che molto gradualmente assistevamo ad un fenomeno di depotenziamento del contagio. Inizialmente mi colpiva la rapidità con cui si deteriorava il quadro clinico. La cosa più strana è che andavi in terapia intensiva perché la saturazione peggiorava. Ma il paziente non aveva la sensazione di fame d'aria. E mi tornano alla mente le immagini che vedevamo inizialmente arrivare dalla Cina».

**Ovvero?**

«Quei video di pazienti che cadevano improvvisamente come birilli potevano essere spiegati con fenomeni trombotici che solo con colpevole ritardo abbiamo scoperto perché inizialmente ci veniva im-



# VERITÀ

pedito di fare le autopsie. In altre parole, se la terapia a base di cortisone e anticoagulanti (tipo il Clexane) fosse stata prescritta subito di fronte al primo deterioramento del quadro clinico, i fenomeni trombotici si sarebbero drasticamente ridotti. E anche la letalità».

**Cosa la colpiva di più di quella malattia? La letalità o la contagiosità? E così chiudiamo il viaggio nel tempo.**

«Mi sono sempre chiesto del perché la Lombardia fosse stata così martoriata dal Covid. Indubbiamente la densità abitativa è una spiegazione. In un territorio ristretto abitano 11 milioni di abitanti. Più degli 8 milioni di una nazione come l'Austria. E la malattia era molto aggressiva. Oggi parliamo di un'altra cosa. Quello che è sorprendente non è soltanto che ancora oggi molte persone vogliano però raccontare e raccontarsi una storia diversa, ma che questa convinzione la abbiano persone che fanno il mio mestiere di medico e che quindi vedono le cose o almeno dovrebbero vederle con conoscenze tecniche. Due esempi su tutti: i ricoveri in terapia intensiva e i vaccini».

**Partiamo dai ricoveri...**

«Sono mesi e mesi che non ricoveriamo più persone per le polmoniti tipiche da Covid.

Ovviamente ci sono persone che finiscono in terapia intensiva con polmoniti. Ma anche in epoca pre-Covid i soggetti fragili finivano in terapia intensiva a causa dell'influenza stagionale che ha sempre mietuto tante vittime e ha sempre purtroppo avuto risvolti terribili nei confronti dei soggetti fragili. Adesso si ha maggiore coscienza perché abbiamo in mente il Covid. Però onestà intellettuale vorrebbe che soprattutto i medici non suggestionassero l'opinione pubblica. E poi entriamo nel merito a proposito dei vaccini».

**Entriamoci professore...**

«Raccontiamo che è stato merito del vaccino ma onestà intellettuale vorrebbe che facessimo una riflessione. Prenda la vaccinazione antitetanica. Se un paziente fa tre dosi in un anno e si prende comunque il tetano il minimo che penserebbe è che quel vaccino è una porcheria. Vogliamo riconoscere che è stato utile in una fase iniziale? Sì, ma questo non giustifica gli obblighi e le coercizioni».

**Lei ha evidenziato spesso come la scienza sia diventata religione. Mentre in realtà il metodo scientifico parte dal dubbio.**

«Che la scienza sia diventa

religione è purtroppo un fenomeno che appuriamo da mesi. In un mio video del settembre 2021 ricordavo come il vaccino non fosse un tartufo che trovi scavando. Il vaccino lo devi realizzare. E in questo caso sono materialmente mancati i tempi tecnici per testarlo. Ora tutti fanno marcia indietro e dicono che queste cose le hanno sempre dette. Non è vero nulla. Ci sono state dette una serie di bugie tutte assunte a verità assolute. E c'è stato - mi creda - un numero importante di medici che queste domande se le sono sempre fatte. Ma più passava il tempo e più l'ortodossia impediva ai medici di avere dei dubbi».

**Lei ha salutato positivamente il provvedimento con cui il governo Meloni ha riammesso in servizio i medici non vaccinati ma ha criticato le motivazioni con cui questo è stato vaccinato...**

«Fortemente...».

**Perché?**



# VERITÀ

«Ho avuto la sensazione che volessero ingentilire il provvedimento per evitare le polemiche mentre in realtà le hanno aumentate. Io non credo che il vero motivo sia quello...».

**Ricordiamolo. La mancanza dei medici negli ospedali...**

«Stiamo parlando di poche centinaia di medici che divisi per il numero degli ospedali fanno cifre ridicole. Fossi stato il ministro della Salute avrei bacchettato il presidente Emiliano per le sue dichiarazioni».

**Invece ha detto... fate voi. Sembra aver paura e quasi vergognarsi.**

«Giustamente Giorgia Meloni aveva promesso in campagna elettorale la rimozione delle restrizioni quali green pass e obblighi vaccinali. Lei ha giustamente ottemperato a questa ed è la scienza che le ha permesso il provvedimento. Ma mi permetta una riflessione ulteriore sui medici in generale e su quelli che si sono vaccinati in particolare».

**Prego...**

«Al netto delle intemperanze di qualche collega che mi lasciano ovviamente perplesso, i medici sono rispettosi delle regole e per Dna si adeguano e si vaccinano anche se non pienamente convinti. Come mi sono vaccinato io. Le faccio un esempio: un soggetto guarito dal Covid non sarebbe dovuto essere vaccinato. Si studia sui libri di medicina. I vaccini sviluppano anticorpi che cercano di emulare quelli naturali. Un guarito quindi è sempre meglio di un vaccinato. In questa pandemia questo principio basilare è stato ribaltato».

**Immagino non sia rimasto sorpreso dalle dichiarazioni di Pfizer in merito alla man-**

**canza di test effettuati a proposito dell'efficacia del vaccino sulla efficacia nell'interrompere la trasmissione dei contagi.**

«Tutt'altro. Vede, quando io pubblico i miei video seguo sempre un approccio rigorosamente scientifico. L'approccio rigoroso di chi è abituato a scrivere lavori scientifici. Devi studiare. Devi leggere. Ti devi informare e devi raccogliere dati e circostanziarli. Con le relative pezze d'appoggio. L'amministratore delegato di Pfizer, Bourla e altri dirigenti della Pfizer hanno raccontato cose che poi si sono rivelate essere "inesattezze" e ci sono le prove».

**Del resto, professore, gli stessi provvedimenti che hanno imposto obblighi vaccinali partivano da un assunto esplicito. Dovevano servire a prevenire l'infezione...**

«Pensi alle parole di Draghi. Ma la cosa più grave è stata vaccinare i ragazzi. Perché quando si fanno scelte del genere bisogna sempre mettere sulla bilancia il rapporto costi-benefici. Essendo quella dei ragazzi una popolazione non a rischio di sviluppo di complicanze gravi, sono stati vaccinati per proteggere di fatto i nonni. Seguendo un principio di precauzione elementare, visto che non c'era tempo per i trial clinici quella fascia di età non andava vaccinata. Poi abbiamo anche scoperto che l'efficacia del vaccino contro il contagio non è mai stata testata e purtroppo anche che ci sono state e ci sono tantissime reazioni avverse anche gravi come le miocarditi».



# VERITÀ

**Nella sua attività di divulgazione scientifica è stato di fatto l'unico a evidenziare come il Center for disease control (Cdc) in Usa avesse di fatto equiparato vaccinati e non vaccinati ai fini della contagiosità senza che si scatenassero polemiche.**

«In realtà è successa una cosa "strana". Essendo quella dichiarazione resa in prossimità degli Us Open, è stata parzial-

mente rettificata. Hanno detto che valeva solo per i cittadini americani. In pratica un provvedimento anti Djokovic per impedirgli di partecipare. Agli spettatori americani sugli spalti veniva "raccomandata" e non imposta la mascherina e non veniva controllato il certificato vaccinale. Queste regole invece non valevano per Djokovic. Sono andato in quei giorni negli Usa per un congresso e mi veniva richiesto - come straniero - il certificato vaccinale che nessuno mi ha mai controllato».

**A Djokovic lo avrebbero controllato eccome. Ultima riflessione. C'è una parte della politica e dei media che si sono affezionati alla pandemia e ai**

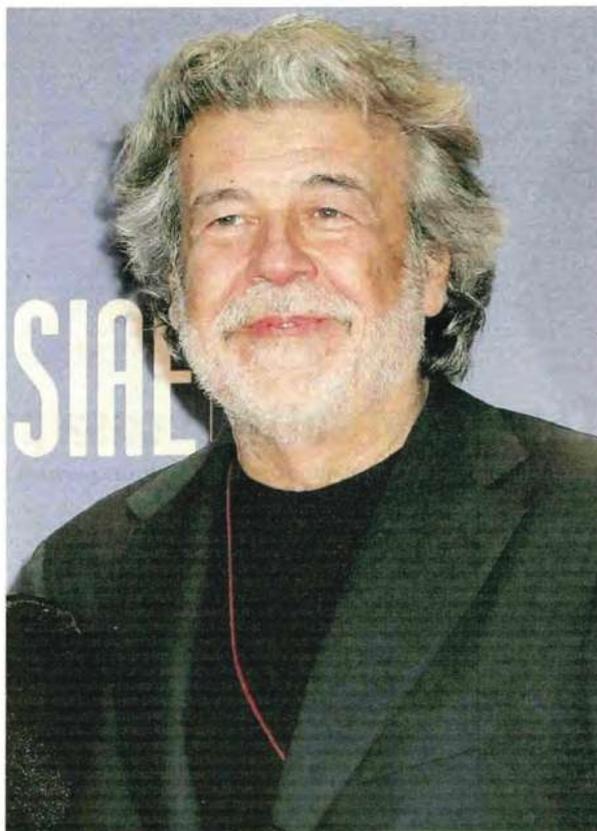
**suoi controlli.**

«Non proprio. Diciamo che la sinistra non ha la minima contezza di quello che realmente pensa la gente. E le loro dichiarazioni decontestualizzate lo dimostrano. Nel loro atteggiamento affiora un disappunto perché hanno preso coscienza che la malattia non è più quella di una volta. Il disappunto contro i non vaccinati che hanno tenuto duro ed hanno vinto quindi loro. E questa è una cosa che fa girare i c\*\*\*\*\*i ai vaccinati».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*Reintegrare i sanitari è giusto, ma il governo ha dato i motivi errati, come per ingentilire il provvedimento*

*Molti ricoveri non sono dovuti al Covid I dottori la smettano di suggestionare l'opinione pubblica*



CHIRURGO Roy de Vita, primario di chirurgia plastica e ricostruttiva

[Getty]



## PHARMAMARKET

# Virus sinciziale, ok Ue a prima profilassi indicata per tutti i bambini

Arriva dall'Ue il primo via libera al mondo a nirsevimab (Beyfortus\*) per la prevenzione delle malattie del tratto respiratorio inferiore (Lrti), come bronchiolite e polmonite, causate dal virus respiratorio sinciziale (Rsv) nei neonati e nei bimbi durante la loro prima stagione Rsv. Il farmaco, sviluppato congiuntamente dalla francese Sanofi e dall'anglo-svedese AstraZeneca, è "il primo anticorpo monoclonale anti-Rsv raccomandato dal Chmp di Ema", il Comitato per i medicinali a uso umano dell'Agenzia europea del farmaco, "e autorizzato dalla Commissione europea come prima e unica forma di protezione dall'Rsv - spiega una nota - in singola somministrazione per tutti i neonati e bambini, sia nati a termine che pretermine, sani o con specifiche condizioni di salute".

L'Rsv - si ricorda nel comunicato - è un virus stagionale comune e altamente contagioso, che infetta quasi tutti i bambini entro i 2 anni di età. Inoltre, più del 20% di tutti i bimbi nel primo anno di età sviluppa un'infezione respiratoria come bronchiolite e polmonite che richiede cure mediche ambulatoriali e accesso in pronto soccorso, mentre in più del 2% di tutti i bambini nel primo anno di età è necessario il ricovero in ospedale.

Il 'disco verde' europeo si basa sui risultati del programma di sviluppo clinico che ha valutato nirsevimab e segue la raccomandazione accordata a settembre dal Chmp Ema. Negli studi di fase 2b e fase 3 Melody, il farmaco ha raggiunto l'endpoint primario di riduzione dell'incidenza di Lrti da Rsv rispetto al placebo con una singola dose; il profilo di sicurezza di nirsevimab è risultato simile a quello del placebo. L'anticorpo monoclonale ha anche dimostrato un profilo di sicurezza e tollerabilità paragonabile a quello di palivizumab (indicato



per la prevenzione dell'Rsv nei neonati ad alto rischio) nello studio Medley di fase 2-3.

"Questo momento rimarrà nella storia della prevenzione del virus respiratorio sinciziale - dichiara Thomas Triomphe, Executive Vice President, Vaccines, Sanofi - Decenni di ricerca e sviluppo per una forma farmaceutica "in grado di fornire una protezione contro la malattia da Rsv su una popolazione ampia di neonati e bambini convergono su questa autorizzazione europea che è la prima approvazione ottenuta al mondo. Una volta disponibile, nirsevimab offrirà a milioni di genitori la possibilità di proteggere i propri bambini nella loro prima stagione di Rsv".

"Nirsevimab è la prima e unica forma di prevenzione a dose singola contro il virus respiratorio sinciziale a essere approvata in Europa e la prima anche per una popolazione ampia che comprende tutti i neonati e bambini - afferma Iskra Reic, Vaccines and Immune Therapies Unit, AstraZeneca - L'autorizzazione all'immissione in commercio ottenuta oggi rappresenta un risultato significativo per la comunità scientifica e risponde a un'esigenza persistente e non soddisfatta a livello globale nella prevenzione dell'Rsv".

Silke Mader, Chairwoman del board esecutivo e co-fondatrice dell'European Foundation for the Care of Newborn Infants (Efcni), ricorda che "il virus respiratorio sinciziale è una minaccia per la salute dei neonati e bambini alla loro prima stagione di Rsv. Ogni anno vediamo l'impatto che può avere su famiglie, operatori sanitari e sistema sanitario. All'Efcni siamo entusiasti di poter finalmente offrire una forma di prevenzione a tutti i neonati, poiché siamo consapevoli di quanto questo possa contribuire ad alleviare l'attuale carico emotivo, fisico e finanziario rappresentato dall'Rsv".



## ANTIVIRUS



# I VERMI PIÙ EFFICACI DEGLI ANTIBIOTICI

**\* A PROPOSITO** dell'antibiotico-resistenza che sempre più vanifica la terapia delle infezioni batteriche, le strade per evitare questo grave fallimento sono due: moderare l'utilizzo degli antibiotici, affinché non si continui a stimolare i batteri a "difendersi" con armi sempre più potenti (mutazioni geniche), è una di queste e, a oggi, la più raccomandata. L'altra, che senza nuovi rimedi potrebbe divenire inevitabile, è non utilizzarne più. La ricerca di nuovi antibiotici che per una decina di anni s'era fermata a causa del preponderante interesse (anche economico) di avere nuovi antivirali per la cura dell'Aids, ha ripreso a proporre nuove molecole ad attività antibatterica. Il menu è vario. Antibiotici a spettro (attività) mirato, ad ampio spettro, contro i gram

positivi (gruppo di batteri) o i gram negativi. Ma dobbiamo rassegnarci. È una corsa nella quale non abbiamo alcuna possibilità di uscirne vincitori: rincorreremo sempre i batteri. Nella speranza di uscire dal circolo vizioso, si è pensato ad altre tecniche: molecole che inibiscono alcune fasi dell'infezione batterica, come l'adesività alle mucose, alcune molecole bloccanti il batterio, ma il risultato è stato deludente. Il dato di fatto è in Italia, dove la resistenza agli antibiotici è la più elevata in Europa, colpisce in media 200.000 pazienti all'anno, causando circa 11.000 decessi. Senza interventi mirati, si stima che le infezioni da batteri resistenti saranno la prima causa di morte entro il 2050 con oltre 10 milioni di morti nel mondo. In Inghilterra alcuni ricercatori hanno provato a rispolverare una

tecnica usata nella Prima guerra mondiale: i vermi. Un chirurgo notò che le ferite dei soldati guarivano più velocemente quando venivano colonizzate da vermi. Con l'avvento degli antibiotici la tecnica fu abbandonata. Nei primi anni 2000 la BioMonde ha ripreso a interessarsene. La tecnica consiste nell'inserire larve di vermi in una bustina di tè. Questa viene posizionata sulla ferita del paziente. Le larve, che vengono lasciate in posa per circa 4 giorni, si nutrono del siero della ferita e lateralmente lo succhiano. Quando la bustina viene rimossa, la ferita rimane pulita e non si infetta.

**MARIA RITA GISMONDO**

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



**GENDER EQUITY**

**Anche i diabetologi  
scendono in campo**

Nasce ufficialmente l'endocrinologia e diabetologia di genere in Italia. La Società italiana di diabetologia (Sid) e la Società italiana di endocrinologia (Sie) hanno, infatti, costituito il Gruppo di Studio congiunto "Medicina di Genere". Il team, coordinato da Livio Luzi, direttore del dipartimento interpresidio di Endocrinologia, Nutrizione e Malattie metaboliche di MultiMedica e membro del Tavolo Tecnico sulla Medicina di Genere di Regione Lombardia, si occuperà di approfondire

aspetti particolari della diabetologia e dell'endocrinologia genere-specifica con studi clinici ad hoc, e di promuovere eventi scientifici che aggiornino la comunità endocrino-diabetologica su questi temi. «Sebbene sia noto che le donne si ammalano di più degli uomini, consumano più farmaci e sono più soggette a reazioni avverse, la medicina, anche in ambito endocrino-metabolico, ha sempre mantenuto un'impostazione androcentrica relegando gli interessi per la salute femminile ai soli aspetti

più squisitamente legati alla riproduzione. Eppure, questa visione non è più condivisibile, se consideriamo che le manifestazioni cliniche, la storia naturale e la risposta alle terapie possono essere molto diverse nel genere maschile e nel genere femminile» sottolinea Renata Simona Auriemma, docente di Endocrinologia presso l'Università di Napoli "Federico II".



## Troppo spesso si drammatizza il normale (e stagionale) calo dell'umore

# Calma: la tristezza non è una malattia

Al contrario della depressione, è uno stato d'animo passeggero: chi ne «soffre» prima o poi reagisce per tornare alla vita

**MELANIA RIZZOLI**

■ La sera si va a letto stanchi e la mattina ci si risveglia allo stesso modo, deboli, spossati e senza energie, pur avendo dormito a lungo. Solo in Italia più di 2 milioni di persone negli ultimi due anni sono arrivate all'attenzione medica con questa sintomatologia, alla ricerca di patologie nascoste, con il risultato di analisi ematologiche nella norma, senza alcun riscontro di anemie, problemi ormonali o malattia di origine organica. E quando i medici non riescono ad individuare una diagnosi precisa per giustificare tale disturbo, suggeriscono al paziente che si potrebbe trattare di stati emozionali o di una lieve distimia dovuta al cambio di stagione della primavera e dell'autunno, e che, di conseguenza, non c'è alcuna indicazione farmacologica da seguire, vista la negatività degli esami del sangue e strumentali.

Invece quella spossatezza senza ragione è causata semplicemente dalla tristezza, uno stato d'animo molto diffuso, che si insedia lentamente nella mente e nel cuore, una situazione che quando si consolida è in grado di generare sintomi specifici, provocando apatia e disinteresse, nell'agire, nel lavarsi e nel vestire, tutti segnali che spezzano la voglia di affrontare la giornata, e che influenzano anche il comportamento sociale quotidiano. Uno studio dell'Humanitas University, condotto dal dipartimento di Scienze Biologiche, che ha valutato l'impatto della pandemia di Covid sulla salute e sul benessere mentale della popolazione italiana, ha registrato un aumento dei casi di calo dell'umore, legati alla percezione del peri-

colo subito, alle limitazioni imposte e alla lunga durata dell'emergenza, concludendo che migliaia e migliaia di soggetti stanno tuttora sperimentando la "pandemie fatigue", una condizione di fatica, di demoralizzazione e di sofferenza psicologica che invade anche la sfera vegetativa, con alterazioni del sonno, perdita di appetito e riduzione della funzione del piacere sessuale. Tale stato triste dell'umore è stato paragonato a quello provato da una persona che perde un familiare o una persona amata, ma attenzione, perché non si tratta di depressione, dove la sintomatologia invece è assolutamente incoerente rispetto al contesto.

La tristezza emotiva è appunto una emozione, che si manifesta in seguito ad una serie di eventi sfortunati o negativi, rispetto ai quali non si riesce a trovare una possibile alternativa, per cui si abbandona la speranza o la ricerca di una soluzione. A tutti sarà capitato di perdere qualcuno a cui si teneva, e assistere senza difese al calo dell'umore e ad una sensazione di autosvalutazione per non saper affrontare o superare il momento.

E il soggetto divenuto triste si riconosce immediatamente dalla postura, una volta diritta e spavalda, che diventa ricurva, chiusa in se stessa, con la mimica facciale che assume tratti caratteristici, come la fronte corrugata, le labbra piegate verso il basso, la scomparsa del sorriso, lo sguardo spento e perso nel vuoto e il tono di voce che diventa basso, monocorde e senza inflessione, come i discorsi che perdono fluidità e velocità di espressione. Tale atteggiamento è spesso accompagnato da continue lamentele del soggetto triste, il quale continua a ricercare colpe altrui per giustificare il proprio disagio, e

l'intensità emotiva della tristezza varia in base all'importanza data a quello che si è perso o vissuto, e man mano che si allontana il mordente della vita quotidiana, e non si reagisce, la tristezza può cristallizzarsi e scivolare nello stato patologico della depressione.

È bene ricordare che la tristezza non è una malattia, è comunque uno stato passeggero, che può avere anche lunga durata, ma dal quale si può uscire attivando la volontà di reazione, mentre la depressione non risponde affatto alla voglia di reagire, ma deve essere trattata con psicoterapia e terapia farmacologica.

La tristezza è dunque il contrario della gioia e della felicità, e si può provare anche senza causa apparente, ma è sempre legata ad occasioni circoscritte di insoddisfazioni o desideri delusi, che può mettere a dura prova l'area cerebrale specifica, al punto che in molti soggetti il diametro delle pupille appare più ristretto che di norma durante il periodo.

Il lato positivo della tristezza però esiste, perché essendo una emozione pesante e faticosa da tollerare a lungo, nelle personalità reattive si instaura, in tempi più o meno lunghi, a secondo degli eventi che l'hanno provocata, una voglia di reazione, di recupero del senso di vitalità perduto, sfidando i pensieri negativi e le ruminazioni con distrazioni positive di ogni tipo, materiali o fisiche, per riprendersi in fretta e cancellare il sentimento negativo che pesa e che non dovrebbe mai far perdere di vista il bello della vita.

### IL CORPO CHE PARLA

Il soggetto divenuto triste si riconosce subito dalla postura, una volta diritta e spavalda, che diventa ricurva



## Farmaceutica

# Moderna apre in Italia «Medicina e digitale, l'alleanza per crescere» Sedi a Roma e Milano

## Il general manager Murzi: operative a gennaio

di **Valentina Iorio**

Moderna apre una filiale in Italia. L'azienda americana, specializzata nella tecnologia mRNA applicata ai vaccini, ha deciso di avere una presenza diretta nel nostro Paese. Il primo passo è stata la nomina di Jacopo Murzi a general manager. Laureato in Ingegneria gestionale al Politecnico di Milano, ha lavorato per molti anni in Janssen, sia in Italia sia all'estero, ed è stato general manager della Business Unit Italia di Alfasigma.

«Sono davvero entusiasta di unirmi a Moderna. La collaborazione dell'azienda con l'Italia nasce con il lancio del primo vaccino anti-Covid, ma adesso c'è la volontà di costruire una realtà più importante», racconta Murzi al *Corriere della Sera*.

Murzi in Moderna Italia avrà la responsabilità di creare e guidare una squadra di professionisti che andranno ad affiancare il direttore medico Cinzia Marano. Sono previste una ventina di assunzioni entro l'inizio del 2023. «Stiamo cercando profili altamente qualificati, sia nell'ambito della direzione marketing, affari regolatori, market access, interlocuzione con le Regioni che nel digitale e nell'ambito medico», spiega Murzi. La filiale italiana, in fase di costruzione, avrà due sedi: una a Roma e una a Milano. «Saranno entrambe operative entro gennaio 2023», assicura Murzi.

Oltre al vaccino per il Covid-19, nei prossimi anni Moderna ambisce a lanciare in Italia diversi prodotti della sua piattaforma, che si basa sui continui progressi nella scienza dell'mRNA di base e applicata, nella tecnologia di consegna e nella produzione

e ha consentito lo sviluppo di terapie e vaccini per malattie infettive, immuno-oncologia, malattie rare, malattie cardiovascolari e malattie autoimmuni. L'apertura degli uffici in Italia potrebbe fare da apripista a un più ampio progetto di produzione in territorio nazionale. «Nel medio e lungo periodo l'obiettivo è accelerare il dialogo con le istituzioni per verificare la possibilità di avere una presenza industria-

le in Italia e poter fare ricerca e sviluppare farmaci con la piattaforma mRNA di Moderna», dice in proposito Murzi. Nel 2021 era iniziato un negoziato con il ministero dello Sviluppo economico, allora guidato dall'attuale ministro dell'Economia, Giancarlo Giorgetti, per l'apertura di un impianto per la produzione dei vaccini in Italia. Progetto poi rimasto in sospeso. «È mia intenzione riprendere le interlocuzioni con il governo

e tutti gli stakeholder istituzionali. Per l'Italia avere una presenza industriale così importante sarebbe un'occasione per competere con altri Paesi che hanno ambizioni analoghe — sottolinea il general manager di Moderna Italia —. Dobbiamo ricordare che i vaccini, che ci hanno salvato dal Covid, sono stati prodotti in un unico Paese: gli Stati Uniti. All'inizio in Italia contavamo le confezioni, avere la possibilità di produrli direttamente cambierebbe radicalmente la situazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

# 63

**Miliardi di dollari**  
Il valore della capitalizzazione in Borsa di Moderna, che è quotata al Nasdaq



### Al vertice

Jacopo Murzi è il general manager di Moderna Italia. L'azienda è specializzata nella tecnologia mRNA applicata ai vaccini



## Il calo della domanda del farmaco Covid comprime il fatturato di Biontech, Pfizer e Moderna rispetto allo scorso anno

# Vaccini, 13 miliardi in meno di ricavi nel terzo trimestre

DI ANDREA BOERIS

**A**d eccezione della Cina, che prosegue con la sua politica «zero Covid» contraddistinta da chiusure e forti limitazioni, nel resto del mondo e soprattutto nei Paesi occidentali la pandemia sembra ormai avviata a una fase conclusiva. Una dimostrazione la si trova anche nelle ultime trimestrali rilasciate dalle tre società che hanno dominato il mercato dei vaccini anti-Covid. Nel terzo trimestre di quest'anno, di fronte a un drastico calo della domanda, le vendite del prodotto che nell'ultimo anno e mezzo ha gonfiato i bilanci e i profitti di Pfizer, Biontech e Moderna sono crollate di quasi 13 miliardi rispetto agli stessi tre mesi del 2021.

La società biotecnologica tedesca Biontech ieri è stata l'ultima a rilasciare i conti, registrando ricavi per 3,5 miliardi di euro per i tre mesi tra luglio e settembre, in forte calo rispetto ai circa 6,1 miliardi dello stesso periodo dell'anno scorso. E anche l'utile netto è sceso da 3,2 miliardi del terzo trimestre 2021 a circa 1,8 miliardi. Sommando i 2,6 miliardi

di fatturato perso da Biontech nel terzo trimestre agli 1,6 miliardi di minori vendite per Moderna e agli 8,6 miliardi di vaccini venduti in meno da Pfizer rispetto agli stessi tre mesi del 2021, i minori ricavi complessivi generati grazie al farmaco nel terzo trimestre rispetto a un anno fa si attestano complessivamente a quasi 13 miliardi. In ogni caso Biontech, così come già fatto dal partner Pfizer la settimana scorsa, ha comunque aggiornato le sue previsioni per i ricavi dai vaccini per il 2022 dalla precedente previsione compresa tra 13 e 17 miliardi a un intervallo più ristretto tra 16-17 miliardi.

Nessuna riduzione quindi, dal momento che la società prevede che le minori vendite saranno compensate dall'aumento del prezzo a cui sarà venduta ogni singola dose di vaccino. L'anno scorso però Biontech aveva realizzato 19 miliardi di ricavi da vaccini, due in più di quelli previsti per il 2022.

Nella nota di presentazione della trimestrale Biontech ha confermato che sta espandendo la sua ricerca sulle malattie infettive e l'oncologia, con una decina di aggiornamenti di studi clinici previsti nel 2023. Una diversificazione dal Covid necessario, alla

luce del fatto che Airfinity, società di analisi dei dati, ha previsto che le vendite di vaccini Covid diminuiranno di circa un quinto a 47 miliardi di dollari l'anno prossimo, mentre il gruppo finanziario con sede a Francoforte Oddo Bhf ha tagliato le sue previsioni di fatturato per il 2022 e il 2023 per Biontech rispettivamente del 28% e 33%, a 14,1 miliardi e 10,6 miliardi. Di fronte al calo della domanda di vaccini e alle minori vendite, da inizio anno in borsa Pfizer, Moderna e Biontech hanno perso rispettivamente il 17%, il 32% e il 34%. (riproduzione riservata)



IN GAZZETTA IL DECRETO SU PAYBACK

## Dispositivi medici, scure di 2 miliardi sulle aziende

Conto alla rovescia per il payback sui dispositivi medici: con la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del 26 ottobre scorso lo Stato potrà bussare alle porte delle aziende fornitrici degli ospedali per riscuotere 2 miliardi di euro (al lordo dell'Iva) di sfioramento della spesa per gli anni 2015-2018 già nelle prossime settimane. In extremis il precedente Governo ha infatti fatto scattare questo meccanismo - già previsto per i farmaci - che prevede a carico delle aziende fornitrici di dispositivi medici una quota complessiva al 40% dell'extra spesa per il 2015, al 45% per il 2016, al 50% per il 2017 e il 2018. Uno sfioramento della spesa che per la Fifo Sanità, la Federazione italiana fornitori ospedalieri che rappresenta le micro, piccole e medie imprese che distribuiscono i dispositivi, è da addebitare non certo alle aziende ma all'errata formulazione, da parte delle Regioni, delle gare d'appalto relative alle forniture attraverso le centrali di committenza. Per la Fifo l'applicazione del payback mette a rischio la sopravvivenza di decine di piccole e medie imprese che già oggi si trovano a combattere con aumenti di costi delle materie, rincari energetici e rivoluzioni del mercato dovute a post pandemia e guerra in Ucraina. Molte imprese, già gravemente colpite da questi fattori, rischiano di non proseguire le proprie attività a partire da gennaio 2023, causando un parziale stop delle forniture quali strumentazioni, siringhe, garze e altro materiale.

«Dopo esserci confrontati in varie sedi sulla

questione payback, speravamo in un passo indietro del Governo», avverte Massimo Riem, presidente Fifo Sanità. «È invece . continua Riem - questa normativa va avanti senza tenere in considerazione la catastrofe economica e sanitaria che potrebbe generare. Ricorreremo in tutte le sedi giuridiche affinché le aziende non debbano pagare la scarsa capacità manageriale e di approvvigionamento delle Regioni per i dispositivi medici. Una follia che farebbe chiudere già a gennaio centinaia di Pmi del settore, mettendo in mezzo alla strada migliaia di lavoratori. A questo, poi, si aggiungerebbero conseguenze gravissime per la sanità pubblica che si troverebbe con una forte penuria di attrezzature ospedaliere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MASSIMO RIEM**  
Per il Presidente Fifo Sanità, la Federazione italiana fornitori ospedalieri, a causa del meccanismo del payback è a rischio la sopravvivenza di centinaia di Pmi.



## COVID

Esordio del nuovo assessore al Welfare della Lombardia: «Bene Meloni sulla Commissione d'inchiesta»

# Bertolaso bacchetta il governo «Non avrei reintegrato i medici no vax»

**LUIGI FRASCA**

••• Errori del governo su medici no vax, bene Meloni sulla Commissione d'inchiesta Covid e le promesse di abbattere le liste di attesa in Lombardia e di chiamarsi fuori dal'agone politico nel 2023. È il sunto della prima uscita pubblica di Guido Bertolaso da assessore al Welfare. È la terza chiamata in Regione per l'ex capo della Protezione civile, individuato dal centrodestra lombardo come l'uomo che risolve problemi: nel 2020 l'Ospedale in Fiera, nel 2021 la campagna vaccinale, oggi l'intera sanità più «pesante» d'Italia da quasi 20 miliardi di budget all'anno.

A Giorgia Meloni e il neo ministro alla Salute, Orazio Schillaci, non risparmi una stoccata «sulle norme

Covid» dove «avrei fatto scelte diverse dal governo, non credo sia corretto

destinare medici no vax in reparti a contatto con pazienti fragili». Prende atto del reitegro ma la Lombardia «su questo personale userà cautele».

Dal premier - sottolinea - sono arrivate «parole importanti sulla Commissione d'inchiesta Covid». «Quello che è successo in Italia e in Lombardia nel marzo 2020 non può essere dimenticato e passare sotto un colpo di spugna». Cosa è successo? «La Lombardia è stata lasciata sola - è la versione di Guido Bertolaso - Non ho visto ministri in Lombardia, come qui non ho visto altri vertici dello Stato preposti all'emergenza. Ho visto solo video conferenze. Ma non è con i collegamenti via internet che si risolvono i problemi». Bertolaso non rinuncia a critiche in conferenza stampa a Palazzo Lombardia con il presidente Attilio Fontana «amareggiato» dalle parole in uscita di Letizia Moratti, che ha parlato di una «situazione tragica» relativa alle liste di attesa lom-

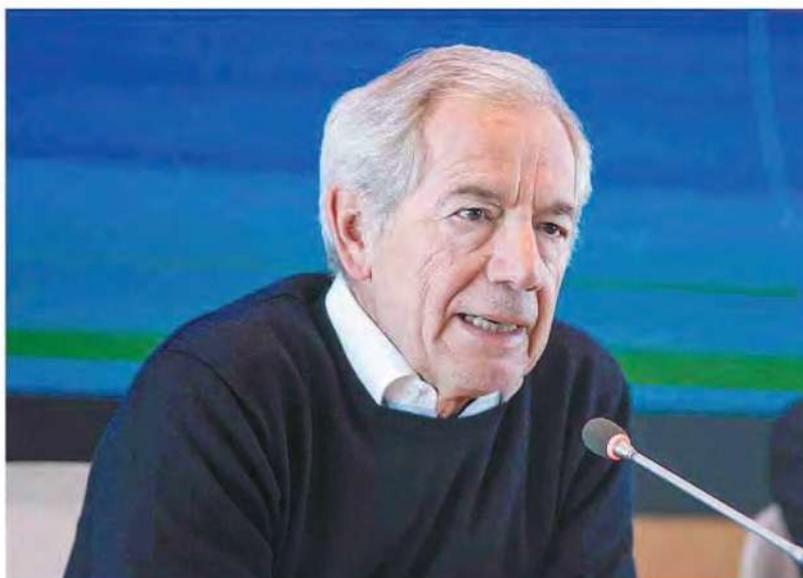
barde al momento del suo arrivo in Regione nel gennaio '21. «Cambiando posizionamento, cambia anche la percezione di quello che è stato fatto», taglia secco il governatore. «Quello delle liste di attesa non è un problema che riguarda solo la Lombardia. È una questione organizzativa che è già stata affrontata e sicuramente la porteremo a buon fine con l'aiuto del personale sanitario» rassicura Bertolaso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Obiettivi

*Lotta alle liste d'attesa e continuità sui vaccini a partire dall'anti-influenzale  
Nel 2023 sarà fuori dalla politica*

**Guido Bertolaso**  
L'ex capo della Protezione civile torna in Regione Lombardia da assessore. Nel 2020 ha realizzato l'ospedale in Fiera e nel 2021 ha gestito da commissario la campagna vaccinale (LaPresse)



## Sanità lombarda Il conto salato delle destre

**T**agli al personale, carenza di posti letto, liste d'attesa bibliche e ospedali a corto persino di farmaci e cerotti. La riforma della Sanità in Lombardia targata Moratti presenta il conto. Ma Calenda e Renzi la vogliono al Pirellone.

> **MARIANGELA MARITATO**

A PAGINA 11

# Sanità lombarda in rianimazione Ecco il conto della Riforma Moratti

## Tagli al personale, carenza di posti letto e di farmaci Così la destra ha portato il sistema al collasso

di **MARIANGELA MARITATO**

“**N**on credo sia corretto reintegrare i medici novax tra i pazienti fragili, credo comunque che sia giusto istituire una commissione d'inchiesta per far luce su quanto accaduto negli ultimi due anni”. All'indomani dell'insediamento dell'ex commissario regionale per l'emergenza Covid **Guido Bertolaso** come assessore alla Sanità, è la riforma sanitaria della vice governatrice dimissionaria **Letizia Moratti** a presentare il conto. “Bertolaso si trova in una sanità che non funziona, quella di Formigoni che è stato arrestato e di Letizia Moratti poi. I primi a far diventare la salute un business sono stati loro”, replica a muso duro **Marco Maria Fumagalli**, consigliere regionale M5S e membro della Commissione d'inchiesta regionale che definisce “boicottata” dalla giunta Fontana e dalla maggioranza. Poi, oltre le polemiche, ci sono i fatti. Caos negli ospedali dove manca il materiale di primo soccorso come cerotti e farmaci salvavita. Liste

d'attesa bloccate, pronto soccorso in tilt e carenza di personale infermieristico e medico sono i disagi riportati negli ultimi giorni tra Lodi, Milano e Pavia. Tra le priorità è stato indicato l'abbattimento delle liste d'attesa per cui Fontana ha dichiarato di aver messo a bilancio 100 milioni di euro. “Il problema delle liste di attesa non riguarda solo la nostra regione. Le carenze maggiori si riscontrano da un punto di vista organizzativo ma sono convinto che li risolveremo. L'obiettivo entro fine mese è dare ai cittadini delle tempistiche precise” ha dichiarato Bertolaso. Andando nel dettaglio delle criticità emerse, però, la situa-



zione è più complessa. L'Ospedale di Lodi e i presidi che ne dipendono (Codogno, Casalpusterlengo e Sant'Angelo Lodigiano) sono andati nel caos a causa della mancanza di materiale medico e farmaceutico come bende, cerotti, farmaci salvavita, antibiotici e antiepilettici con segnalazioni di dializzati che devono portare i farmaci da casa e ortopedici costretti a impiegare bende inadatte e flebo fissate con lo scotch. La penuria di farmaci e materiali riguarda numerosi reparti e nessuno ha il coraggio di denunciare a partire dai medici, spaventati dalla situazione diventata ingestibile, riporta il Fatto Quotidiano. "Quando abbiamo domandato alla farmacia ospedaliera perché fosse vuota, ci è stato risposto che è tutta colpa di Aria (l'Agenzia regionale per gli acquisti sanitari) che avrebbe esaurito il budget".

#### QUI MILANO

Al Policlinico di Milano e nelle altre strutture della provincia la situazione non è migliore. Pronto soccorso bloccati e pazienti sempre più anziani senza familiari che si occupino di loro. Sono i medici internisti della Lombardia a lanciare l'allarme al convegno organizzato dalle due società scientifiche del settore, la Fadoi e la Simi, a cui ha partecipato un'ottantina di primari sui 110 totali in Lombardia. Non basta rivede-

re l'organizzazione dei pronto soccorso, serve un intervento più ampio. "Questi malati - ha dichiarato Chiara Cogliati del Sacco di Milano - rimangono bloccati nei nostri pronto soccorso quando non c'è posto in medicina interna". I letti nei reparti spesso sono occupati da anziani in via di miglioramento ma che non possono tornare a casa perché nessuno può badare a loro. "Così il flusso si blocca". Una parziale risposta dovrebbe arrivare dagli ospedali

di comunità che potrebbero fare da ponte tra le strutture sanitarie e il ritorno a casa. Interventi che in vista delle prossime regionali rischiano di protrarsi di mesi. A queste emergenze, si aggiunge l'assenza cronica di personale medico, come emerso dal tavolo sindacale Cgil, Cisl e Uil al San Matteo di Pavia. In tutta la provincia mancano infatti all'appello 200 medici ed infermieri. In particolare, servirebbero circa 50 medici, 110 infermieri e una 40na tra biologi e tecnici di laboratorio. I reparti più scoperti, quelli di emergenza-urgenza (Pronto-soccorso e anestesisti) seguiti da Cardiologia, Pediatria, Ortopedia e Psichiatria. Accade al policlinico San Matteo ma anche negli ospedali di Vigevano, Voghera, Stradella, Mortara, Mede e Varzi.

## La polemica

Bertolaso promette  
una svolta  
entro fine mese  
I 5S all'attacco  
"Da Formigoni in poi  
è business sanitario"

