



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**12 Gennaio 2023**

**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



## «Molti contratti Covid non prorogati»: scoppia il caso a Messina

*Con una nota indirizzata al presidente Schifani e all'assessore Volo il deputato Giuseppe Lombardo ha chiesto chiarimenti.*

12 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)



MESSINA. Con una nota indirizzata al presidente Renato Schifani e all'assessore alla Salute Giovanna Volo, il deputato di Sicilia Vera **Giuseppe Lombardo** (nella foto) ha chiesto chiarimenti in merito alla risoluzione contrattuale del personale Covid nella provincia di Messina.

«**Ciò che sta accadendo** in queste ore ci preoccupa- sottolinea- Sappiamo da verbale in nostro possesso che nella giornata di ieri nei locali della Direzione Aziendale dell'**ASP di Messina** si è svolta una riunione dei vertici aziendali e dei referenti dell'emergenza COVID19



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

per fare il punto sul cosiddetto personale COVID. Durante i lavori è emersa la volontà di **non rinnovare il contratto a molti professionisti** e ciò in contrasto con le indicazioni dell'assessorato regionale che aveva stabilito la proroga dei contratti fino al 28 febbraio con un monte ore settimanale massimo di 18 ore».

La decisione presa riguardo la proroga dei contratti delle figure professionali, afferma Lombardo, si basa «su una nuova valutazione del fabbisogno di personale già prorogato, ma ancora non contrattualizzato fino al 28.02.2023. I profili professionali per i quali si stabilisce, con il su menzionato verbale, di cessare la collaborazione senza un preciso criterio logico e/o temporale, a far data dal 16/01/2023, sono:

- Biologi;
- Farmacisti specializzandi;
- Educatori Professionali;
- Assistenti Sociali;
- Collaboratori Ingegneri;
- Assistenti Amministrativi reclutati tramite avviso POLIME.

«A questo punto- afferma Lombardo - chiediamo di sapere se i vertici dell'ASP di Messina prorogando in modo apparentemente pregiudizievole e scriteriato, tale da determinare una "responsabilità da provvedimento", siano liberi di scegliere i profili o le graduatorie dei diversi bandi (es. Amministrativi bando POLIME esclusi) che si occuperanno fino al 28/02/2023 dell'espletamento di tutte le attività sanitarie ancora da completare. Intendiamo sapere come verrà contrattualizzato il personale dei **profili esclusi dalla proroga** ma che di fatto dal 01/01/2023, anche in periodi festivi, e fino al 16/01/2023, in regime di continuità lavorativa, manderà avanti le attività essenziali finora garantite. E ancora se verranno garantiti alla popolazione della provincia di Messina i livelli essenziali di assistenza con la **risoluzione** dei contratti della maggior parte dei profili professionali, tra i quali anche quelli sanitari».

«Questi- conclude Lombardo- sono **gli interrogativi** che abbiamo posto al governo regionale, intanto stamattina insieme ai colleghi parlamentari ci recheremo ad incontrare i vertici dell'Asp per chiedere loro di sospendere l'effetto del verbale fino a quando non arriveranno chiarimenti dalla Regione».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Cardiochirurgia pediatrica a Taormina, i sindacati: «Bene la scelta di mantenerla»

*FP CGIL, UIL FPL e Nursind commentano la scelta annunciata dall'assessore regionale alla Salute, Giovanna Volo.*

12 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)



«Apprendiamo con grande soddisfazione la scelta dell'Assessore Regionale alla Salute, dott.ssa Giovanna Volo che si è espressa positivamente in merito alla volontà di **mantenere** la **Cardiochirurgia Pediatrica** di Taormina. È un successo per le organizzazioni sindacali». Lo dichiarano in una nota congiunta **FP CGIL, UIL FPL e Nursind**, ricordando, come da sempre sono stati i primi baluardi in difesa di questa importantissima Struttura Sanitaria Messinese.

«Già dal mese di luglio 2022 ci eravamo mobilitati insieme ad operatori e cittadini, dando vita ad un importante movimento ed azioni sindacali a difesa di questa eccellenza Siciliana unica nel Mezzogiorno d'Italia. Abbiamo analizzato numeri ed offerta- continuano i sindacalisti- ed



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

era chiaro a tutti che la Cardiocirurgia Pediatrica di Taormina ha sempre rappresentato **una realtà**, che ha dato risposte ai piccoli pazienti provenienti dalla Sicilia anche dalla Calabria e dal Meridione d'Italia, attraverso interventi di altissima specializzazione Cardiochirurgica».

«Tra l'altro non potevamo accettare un ulteriore **contrazione** nell'offerta sanitaria della nostra Provincia, la quale- ricordano i sindacalisti- rappresenta l'unica Provincia Siciliana ad aver subito i maggiori tagli negli ultimi anni. Pertanto, auspichiamo che il neo assessore ed il Parlamento siciliano si adoperino per migliorare l'intera offerta sanitaria pubblica della Provincia di Messina, specie, per quanto riguarda il mantenimento della Cardiocirurgia Pediatrica del Presidio Ospedaliero di Taormina».

La nota sindacale congiunta è a firma di **Antonio Trino**, segretario provinciale CGIL FP Messina; **Livio Andronico**, segretario generale UIL FPL Messina e **Ivan Alonge** segretario provinciale NURSIND Messina.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## GIORNALE DI SICILIA [.it](http://www.giornaledisicilia.it)

### Impianti dentali per 15 milioni italiani, sicuri in titanio

12 Gennaio 2023



Che si tratti di radici artificiali a sostegno di denti singoli, di ponti più o meno estesi o di ricostruzioni di un'intera arcata, gli impianti dentali in titanio sono la più diffusa modalità per sostituire denti naturali persi. Si stima che circa 15 milioni gli italiani ne abbiano almeno uno e ogni anno in media 2,5 milioni di interventi vengono eseguiti in Italia. Non tutti gli impianti, però, sono uguali e il dentista deve saper trovare la soluzione più adatta al singolo paziente. "Gli impianti sono ormai quasi tutti realizzati in titanio. Il successo di questo materiale - precisa Roberto Abundo, esperto della Società Italiana di Parodontologia e Implantologia (Sidp) - è fondato sul principio dell'osteointegrazione, fenomeno che consente alle cellule dell'osso mascellare di crescere a contatto con la superficie implantare, creando uno stretto legame biologico, stabile nel tempo, per poter sostenere la masticazione". Una volta integrati, gli impianti sono a tutti gli effetti delle nuove radici artificiali che, come quelle naturali, sono protette dall'ambiente esterno attraverso un sigillo costituito dalla gengiva sana. "Ma, -



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

prosegue Abundo - così come intorno ai denti naturali, anche intorno agli impianti l'accumulo di placca batterica porta a condizioni infiammatorie. Progressivamente, infiammazione e placca possono scendere in profondità, provocando un riassorbimento osseo che mina la stabilità delle radici, siano esse costituite da denti naturali o da impianti. La colonizzazione delle superfici degli impianti da parte dei batteri presenti nella placca può, però, essere ancora più pericolosa e rapida rispetto a quanto accade con i denti naturali." Nel corso degli anni, si è passati dalle superfici implantari di titanio 'lisce' a quelle 'irruvidite' attraverso procedimenti che ne aumentano la capacità di attrazione nei confronti delle cellule ossee. Tuttavia, insieme all'aumentare dell'affinità della superficie dell'impianto per le cellule ossee, l'utilizzo di superfici ruvide per gli impianti può aumentare anche la loro capacità di attrarre batteri, provocando le temute periimplantiti. "La ricerca scientifica - prosegue Abundo - mostra però come non tutti i tipi di rugosità aumentino tale rischio in proporzione all'aumentare della capacità di attrazione per il tessuto osseo. Uno studio clinico nel 2010 ha, per la prima volta, dimostrato come alcune superfici, grazie a specifici trattamenti di fabbricazione degli impianti, sono in grado di legare molto bene le cellule ossee ma non altrettanto le cellule batteriche". Questo è stato poi confermato da diversi studi, in ultimo quello condotto dall'Università di Porto Alegre in Brasile, pubblicato nel 2020 su International Journal of Oral and Maxillofacial Implants. Pertanto, conclude l'esperto, "da un lato il dentista deve essere in grado, in base alle evidenze scientifiche, di selezionare l'impianto da usare sul singolo paziente per ridurre il rischio di complicanze. Dal canto suo, il paziente deve avere cura della salute delle proprie gengive attraverso una scrupolosa igiene orale e un periodico controllo professionale".

## Il ministro: «Niente accaparramenti»

### Sanità, verifiche sui farmaci mancanti Schillaci: «Interventi anti-aggressioni»

ROMA I due impegni presi dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Un tavolo tecnico per affrontare la carenza dei farmaci e la proposta di una direttiva che consenta interventi rapidi contro le aggressioni ai danni dei sanitari.

Arcovio a pag. 7



# Verifiche sui farmaci carenti «E interventi anti-aggressioni»

## LE MISURE

ROMA Un tavolo tecnico per affrontare la carenza dei farmaci e la proposta di una direttiva che consenta interventi rapidi contro le aggressioni ai danni del personale sanitario. Sono i due impegni presi ieri dal ministro della Salute, Orazio Schillaci. Il primo si è concretizzato con la firma di un decreto che istituisce un tavolo di lavoro permanente sull'approvvigionamento dei farmaci che, oltre a definire la reale entità dell'attuale carenza dei farmaci, ha anche l'obiettivo di indicare proposte risolutive. L'iniziativa è stata presa in seguito a un incontro che ha coinvolto l'Agenzia italiana del farmaco (Aifa), i rappresentanti della filiera farmaceutica produttiva e distributiva, i Nas e anche i medici di medicina generale.

## LA NOTA

«Il ministro - si legge in una nota

del dicastero - ha posto all'attenzione dell'incontro l'individuazione dei farmaci che registrano una reale carenza, interventi di risposta a breve e medio termine per far fronte tempestivamente ai bisogni dei cittadini e la definizione di attività di comunicazione e sensibilizzazione al fine di evitare allarmismi e conseguenti ingiustificate corse all'acquisto». Nelle farmacie, infatti, continuano a scarseggiare medicine di uso comune, come paracetamolo, ibuprofene, antimucolitici. E anche farmaci più specifici come antiepilettici, antipertensivi, diuretici, ecc. Il secondo impegno è stato annunciato da Giovanni Migliore, presidente della Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), dopo un incontro che si è tenuto al ministero della Salute con al centro la sicurezza di medici, infermieri e operatori sanitari, in seguito al moltiplicarsi degli episodi di violenza. «Oggi abbiamo condiviso

scse Migliore - la necessità di implementare interventi per la prevenzione e la deterrenza» dei «deplorevoli episodi di violenza» contro il personale sanitario, «a partire dalla proposta di farsi promotore presso il Governo di una iniziativa per l'emanazione di una direttiva specifica da parte del ministero dell'Interno a tutte le prefetture, per procedere in tempi certi e rapidi alla stipula dei protocolli operativi con le aziende sanitarie previsti dalla Legge 113/2020 sulla sicurezza del personale sanitario, per garantire interventi rapidi in caso di aggressioni». La proposta è dunque quella di «arginare e prevenire gli episodi di aggressione fisica e verbale perpetrati nei confronti dei professionisti sanitari, a partire dalla stipula di protocolli operativi con le forze dell'ordine nei casi di violenza in ospedale e nei luoghi di cura».

Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

con il ministro Schillaci - riferi-





## Una direttiva alle prefetture dopo il caso della dottoressa vittima di un paziente a Udine **Sicurezza dei medici, interviene il ministro** **“Azioni più rapide in caso di aggressioni”**

### IL CASO

**L**e mani strette sul collo della giovane specializzanda, martedì durante il suo turno di guardia medica a Udine, deve essere stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso se il ministro della Salute, Orazio Schillaci ha deciso di chiamare gli Interni per chiedere ed ottenere a stretto giro una Direttiva che metta un freno al dilagare delle aggressioni agli operatori sanitari. L'Inail ne ha accertate circa 2.500 l'anno che avrebbero come vittime i soli medici. Ma sarebbe solo la punta di un iceberg, perché molti non denunciano per paura poi di ritorsioni. Le violenze subite dagli infermieri le ha conteggiate invece la Fnopi, la Federazione dei

loro Ordini professionali, che stima siano 135mila l'anno. Una specie di guerra generata anche dalle attese esasperanti nei Pronto soccorso per carenze di letti e personale. Ma poiché su queste si fa fatica a intervenire ecco allora il ricorso agli uomini in divisa, mentre il presidente dell'Ordine dei medici, Filippo Anelli, chiede addirittura l'impiego dell'esercito e lo stop ai turni di notte delle guardie mediche se si lavora da soli. Mentre le Regioni preannunciano un documento comune per chiedere a governo e Parlamento di mettere mano alla questione.

Cosa che nel frattempo hanno deciso di fare Salute e Interni con una direttiva i cui contenuti vengono anticipati da Giovanni Migliore, presidente di Fiaso, la federazione di

Asle ospedali che ieri ha incontrato Schillaci. «La direttiva che sarà emanata a tutte le prefetture consentirà di procedere in tempi certi e rapidi alla stipula dei protocolli operativi con le aziende sanitarie previsti dalla Legge 113/2020 sulla sicurezza del personale sani-

tario, per garantire interventi rapidi in caso di aggressioni». «Abbiamo assistito in questi giorni a una nuova esplosione dei casi di violenza contro i professionisti sanitari, che non possono e non devono essere lasciati soli» ammonisce Migliore. «Ogni episodio di aggressione contro un operatore costituisce un vero e proprio attacco al Servizio sanitario nazionale tutto». Intanto oggi i carabinieri hanno eseguito un'ordinanza cautelare

nei confronti di padre e figlio accusati di avere picchiato Salvatore Petta, gastroenterologo dell'ospedale Policlinico di Palermo, provocandogli diverse fratture. Il gip ha disposto gli arresti domiciliari per il padre e l'obbligo di dimora per il figlio. P.A.R.U. —



La dottoressa di Udine mostra segni lasciati sul collo dall'aggressione



**EMERGENZA VIOLENZE: OLTRE 2.500 AGGRESSIONI**

## «Riportate l'esercito in ospedale» L'appello dei medici al governo

**Maria Sorbi**  
a pagina 15



**PERICOLO** I segni sul collo della specializzanda aggredita a Udine

### ALLARME SORVEGLIANZA IN OSPEDALE

# Aggrediti 2.500 medici «Stop turni di notte da soli Serve l'esercito in corsia»

*Le richieste delle associazioni di categoria. Il governo prepara la direttiva sulla sicurezza*

#### **Maria Sorbi**

■ Le ore che ha passato sui libri di medicina sono infinite, la gioia il giorno della laurea impagabile. Eppure, a soli 28 anni, Adelaide Andriani, ha deciso di lasciare la professione medica. La specializzanda, aggredita al collo mentre era di turno come guardia medica a Udine, si è spaventata così tanto ha scelto di appendere il camice bianco, an-

cora immacolato. «Ci stavo pensando da tempo. Questo episodio è stata l'occasione per decidere di fare altro».

Che una giovane dottoressa abbandoni la professione all'inizio della sua carriera è una sconfitta per tutta la categoria dei medici, che non solo sono sottopagati, incastrati in doppi turni e ferie saltate, ma sono anche a rischio, sempre di più. Ridare

appeal alle professioni sanitarie è una delle missioni del nuovo governo per risolvere il problema della fuga dagli ospedali e

della carenza dei medici in cor-



# il Giornale

sia, ma per farlo è necessario garantire sicurezza e incolumità.

È di ieri la notizia di un altro medico aggredito a Palermo: i parenti di una paziente, che volevano entrare in reparto fuori dagli orari di visita, lo hanno preso a calci, pugni e gli hanno lanciato addosso una scrivania lussandogli una spalla.

Secondo un rapporto dell'Inail, ogni anno in Italia si verificano almeno 2.500 episodi violenti nei confronti dei professionisti della sanità.

«Bisogna prevedere la presenza dell'Esercito e delle forze dell'Ordine innanzitutto nei presidi ospedalieri a maggior rischio perché in aree più disagiate, ed avviare una sperimentazione da estendere poi eventualmente a tutto il territorio nazionale. Ma non solo: stop ai turni

di notte nelle guardie mediche se si lavora da soli, prevedendo accordi con il sistema 118 per l'assistenza notturna» è la proposta del presidente della Federazione degli ordini dei medici (Fnomceo) Filippo Anelli. Il vice presidente Fnomceo, Giovanni Leoni, alla guida del sindacato Cimo Veneto, sostiene che i punti chiave su cui lavorare siano: Deterrenza, pronto intervento e certezza della pena. «Occorre una videosorveglianza ben pubblicizzata e collegata con un servizio di guardianeria per il pronto intervento, pulsante rosso per la chiamata diretta e sirena di allarme attivabile. Servono guardie giurate dedicate come per il controllo dell'accesso ai servizi nelle ore diurne, servizi di pubblica sicurezza diretta-

mente collegati. E poi va applicata la legge contro la violenza verso gli operatori sanitari».

A breve potrebbe arrivare una direttiva del governo per portare più sicurezza nelle corsie. «Il ministro della Salute, Orazio Schillaci, si farà promotore presso il Governo di una iniziativa per l'emanazione di una direttiva specifica da parte del Ministero dell'Interno a tutte le Prefetture, per procedere in tempi certi e rapidi alla stipula dei protocolli operativi con le Aziende sanitarie per garantire interventi rapidi delle forze ordine in caso di aggressioni» assicura il presidente della Federazione delle Aziende sanitarie e ospedaliere (Fiaso), Giovanni Migliore.

A chiedere i ripristino delle

forze dei drappelli di Polizia o dell'esercito è anche Manuel Ruggiero, presidente di Nessuno Tocchi Ippocrate, associazione nata per denunciare le violenze in corsia: «Finora però la risposta è stata negativa, perché implicherebbe togliere una volante dal territorio. L'esercito sarebbe una valida scelta anche per il numero di risorse disponibili». I militari sono disponibili a fare la loro parte: «Siamo pronti a qualsiasi evenienza, ma è proprio necessario che sia l'Esercito a occuparsi di queste mansioni? Anche perché distoglieremmo gli uomini da altri incarichi» commenta il Cocer dell'Esercito, con il delegato Gennaro Galantuomo.

## FENOMENO PREOCCUPANTE

La specializzanda assalita a Udine si è dimessa  
Aggressione a Palermo



**SCONFITTA** Adelaide Andriani, la specializzanda aggredita a Udine durante il turno di guardia medica, ha deciso di lasciare la professione a 28 anni: una sconfitta per tutta la categoria



# Una situazione che sta precipitando **Accessi record, pochi medici I pronto soccorso sono in tilt**

Influenza e virus respiratori impazzano, sono al limite soprattutto le pediatrie  
Stipendi bassi, turni massacranti: i dottori scappano dai reparti d'emergenza

**CLAUDIA OSMETTI**

■ Il Covid, questa volta, c'entra fino a un certo punto. È che poi c'è l'influenza. Ci sono gli altri virus stagionali, respiratori pure quelli e che colpiscono soprattutto i bambini. E ci sono i soliti, vecchi, irrisolti problemi di sempre: un personale assottigliato, un turnover che non turna (colpa dei troppi pensionamenti, degli stipendi troppi bassi, dei licenziamenti che qui, oramai, cioè in corsia, anzi: proprio al pronto soccorso, non conviene più indossare il camice ordinario). I reparti di emergenza e di urgenza di mezza Italia sono al collasso. E l'altra metà è intasata. Anziani lasciate sulle barelle perché il giro visita è impossibile (Chivasso, Torino: una signora di 74 anni, ricoverata da giorni per un problema oncologico, tenta di scendere dal letto, però cade e successivamente muore); attese interminabili che fanno perdere la pazienza pure a chi, i pazienti, dovrebbero avercela per natura (San Donà, Venezia: una nonna di 83 anni passa dieci ore di fila prima che la visitino, le trovino una polmonite bilaterale e chiedi di sere «mandata a casa a morire») e accessi che in

guardiola si contano a fatica (280 in due giorni solo a Noce-  
ra, 170 a Empoli, 353 a Cuneo).  
Di questo passo si va in tilt.

A lanciare l'allarme è la Sip,  
la Società italiana di pediatria:

«Registriamo un incremento delle richieste in pronto soccorso per infezioni respiratorie superiori del 300% rispetto ai due anni precedenti, con l'80% dei posti letti già occupati da bambini che hanno la bronchite», racconta, per esempio, Giovanni Corsello, che è il direttore del dipartimento Materno infantile dell'ospedale dei bambini di Palermo.

## 300% IN PIÙ

E d'accordo: negli ultimi due anni il sorvegliato speciale era il Sars-Cov2. D'accordo: tra mascherine e lockdown e quarantene di masse avevamo ridotto ai minimi termini anche il raffreddore. D'accordo pure che nel 2023 l'influenza è tosta e non eravamo più preparati e tutto quello che volete. Ma il 300% in più degli accessi significa una cifra triplicata. L'80% dei posti letto occupato vuol dire che la stragrande maggioranza delle disponibilità non c'è più. Loro, i dottori, gli infermieri, i paramedici, per lo meno quelli che sono rimasti, fanno i salti mortali. Cercano di star dietro a tutti, ma mica è facile. Roma, Milano, Firenze, Bologna. Latina, Prato, Ferrara. va così ovunque. In Liguria, già da qualche settimana, sono partiti gli appelli: Per-favo-

re-andate-all'ospedale-solo-se-ne-avete-davvero-bisogno-non-sovraccaricate-le-corse.

Anche perché dall'altra parte, ossia con lo stetoscopio in mano, di medici ce ne sono sempre di meno. Ne mancano almeno 4.200 in tutto il Paese e solo nei pronto soccorso (tra l'altro il dato, l'ultimo disponibile, non è nemmeno aggiornato perché è datato luglio 2022),

solo l'anno scorso si sono dimessi circa cento professionisti al mese e rificillare la fila non è una sciocchezza. L'Anao Assomed, che è uno dei principali sindacati di categoria, stima che il 50% dei posti nei corsi di specializzazione in Medicina d'emergenza finisce non assegnato. Chi esce dall'università, insomma, ed è pronto a indossare il camice, lo fa altrove: magari nel settore privato (per una questione economica, c'è pure quella) o magari perché, parliamoci chiaro, i tre anni di pandemia hanno fotografato una situazione, nel primo intervento, da nervi saldi e tenuta stagna. Bisogna avere il fisico per lavorare in pron-



to soccorso.

## CHIAMATE "A GETTONE"

E allora finisce persino che le varie sanità regionali si arrangino come possono. Non è che possiamo lasciare sguarnito il reparto dell'urgenza per autonomia. Alcuni (leggete: molti) si affidano ai "medici a gettone". Li prendono in prestito, costi quel che costi e costa anche parecchio (all'incirca il doppio dei rispettivi colleghi con un contratto di assunzione a tempo determinato in tasca, un "dottore a gettone" può arrivare a prendere anche 3.600 euro per 48 ore di lavoro), però l'alternativa non può essere chiudere il servizio e mandare a casa la gente. Altri (è il caso dell'Emilia Romagna) da qual-

che mese stanno valutando l'idea di "strapagare" gli straordinari a chi è già in forza nei vari ospedali: un incentivo per non disperdere le risorse che ci sono e una pezza, quantomeno momentanea, che potrebbe dare un attimo di respiro. Altri ancora (la Regione Cala-

bria) va a pescarli dove riesce, pure fuori Italia, pure fuori Europa, pure a Cuba: la decisione, bollata dalla giunta forzista di Roberto Occhiuto prevede un rinforzo di cinquecento persone, le prime 51 sono già atterrate a Lamezia Terme.

L'importante è non lasciare sguarnite le corsie. Sarebbero dolori. Lo scorso novembre la Simeu, che è la Società italiana della medicina dell'emergenza

e dell'urgenza, ha organizzato un convegno nel quale ha tra l'altro rilasciato alcuni dati: i pazienti che ogni giorno (in media) sono destinati al ricovero e in attesa di un posto letto sono più di 800; i dimessi dopo aver ottenuto le dire direttamente in pronto soccorso sono il 50% in più rispetto al 2019; nell'ultimo decennio la mortalità in pronto soccorso a causa di un mancato ricovero è raddoppiata. Raddoppiata. Basterebbe questo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## POSTI VUOTI

Il 50% dei posti nei corsi di specializzazione in Medicina d'emergenza finisce non assegnato

## OFFERTE

Adesso alcuni istituti offrono fino a 3.600 euro per 48 ore di lavoro nei Ps. Ma il problema persiste...



Un pronto soccorso affollato di pazienti: a causa della ressa in molti vengono sistemati nei corridoi





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## L'allarme dei pediatri: posti letto al collasso

I pediatri lanciano l'allarme: è in atto un boom di casi di bronchioliti da virus respiratorio sinciziale tra i bambini sotto un anno di età.

«Registriamo un incremento degli accessi in Pronto soccorso per infezioni respiratorie del 300% superiore rispetto ai due anni precedenti, con l'80% dei posti letto occupati da bambini con bronchiolite» spiega Giovanni Corsello, direttore del Dipartimento materno infantile dell'Ospedale dei Bambini di

Palermo. Un'emergenza che si somma alla contemporanea circolazione di altri virus respiratori come influenza e adenovirus, senza dimenticare che il Covid-19 non ha mai smesso di circolare. Risultato: i servizi di emergenza sono al collasso in tutta Italia, «la situazione è critica» denuncia la Società Italiana di Pediatria (Sip) che sta affrontando ancora una volta il problema della mancanza di unità di terapie intensive. Queste sono distribuite in modo disomogeneo in tutto il

Paese, lasciando alcune regioni in condizioni critiche rispetto alla gestione dell'attuale emergenza. Un tema su cui la Sip chiede con forza l'intervento del Governo: «È necessario – spiega la presidente Annamaria Staiano – non solo un loro rafforzamento, con un aumento dei posti letto e del personale, ma anche un impegno a lavorare insieme alle società scientifiche per una riforma volta a mettere in rete tutti i punti di offerta, così da garantire un'assistenza

omogenea a tutti i bambini in ogni area del Paese. È urgente inoltre che venga assegnato un codice ministeriale di disciplina alle terapie intensive pediatriche, passaggio essenziale per avere un quadro della situazione completo».



# Sanità obsoleta

L'89% delle strutture  
usa macchinari  
che andrebbero sostituiti  
Il record dei mammografi:  
il 70% ha oltre dieci anni  
L'attacco dei sindacati:  
"Imprese danneggiate  
dal tetto di spesa"  
Ed è in crisi anche  
l'assistenza domiciliare

**PAOLO RUSSO**  
ROMA

**S**e le liste d'attesa si allungano, se aumentano le diagnosi tardive di tumore, se sempre più giovani medici fuggono all'estero e l'assistenza domiciliare resta un miraggio per la quasi totalità dei nostri anziani di deve anche al Jurassic park tecnologico della nostra sanità, dove l'89% delle strutture utilizza macchinari obsoleti. Quelli che andando più facilmente fuori uso fanno allungare i tempi per eseguire una tac o una risonanza, che spingono i camici bianchi in carriera verso Paesi dove la tecnologia è più avanzata, che non fanno individuare un cancro allo stato iniziale o che non permettono il monitoraggio da casa di un anziano cronico.

Come stanno le cose ce lo rivela l'Osservatorio parco installato di Confindustria dispositivi medici, l'associazione che rappresenta le imprese del

settore. Il 71% dei mammografi convenzionali ha superato i 10 anni di età, il 69% delle Pet ha più di 5 anni e il 54% delle risonanze magnetiche chiuse hanno oltre 10 anni.

Partiamo dai mammografi. L'età media di quelli convenzionali è di 13,4 anni, quando non dovrebbero superare i sei, secondo gli standard di sicurezza e adeguamento tecnologico. Ma solo il 9% ha meno di 5 anni e l'84% supera comunque il limite anagrafico che darebbe diritto al pensionamento. Va un po' meglio per gli angiografi, le apparecchiature che servono a valutare lo stato dei nostri vasi sanguigni e delle coronarie. Insomma un esame importante, che nel 61% dei casi affidiamo a una strumentazione ormai obsoleta.

La risonanza magnetica sappiamo tutti a cosa serve e quanto sia importante per diagnosticare in alcuni casi malattie, come quelle oncologiche,

che prese per tempo possono ancora essere sconfitte. Peccato che ben il 74% di queste apparecchiature abbia superato

il limite di età che le rende non più al passo con i tempi. Anche perché parliamo di risonanze magnetiche con minor livello di precisione, secondo l'unità di misura "Tesla", che in questo caso è pari a 1, mentre quelle tecnologicamente più avanzate arrivano anche oltre il valore di 3. Qui la percentuale di obsolescenza scende al 41%. Ma le risonanze 4.0 sono una rarità degli ospedali



# LA STAMPA

italiani.

Le tomografie assiali computerizzate, le tac tanto per capirci, sono troppo in là negli anni in un caso su due (il 51% per l'esattezza). Anche in questo caso la percentuale si abbassa quando si va a contare l'età delle apparecchiature multistrato, capaci di vedere più in profondità dentro ossa e organi. Ma anche qui le Tac più avanzate sono quelle meno diffuse. A volte per fare una diagnosi corretta basta una semplice radiografia. Peccato che se parliamo degli apparecchi radiografici tradizionali l'81% abbia superato il limite dei 10 anni di anzianità, oltre i quali si farebbe bene a sostituirli, mentre obsoleto è il 48% di quelli digitali, che sono ancora una rarità nei nostri centri diagnostici.

Quando pensiamo a una sala operatoria ci vengono in mente bisturi e chirurgo ma non immaginiamo quanta tecnologia ci sia. Ad esempio per monitorare i nostri parametri vitali con quei grandi macchinari, definiti in termini tecnici "sistemi mobili ad arco", obsoleti nel 57% dei casi.

«Per capire come l'obsolescenza tecnologica finisca per influire sul nostro lavoro e sulla sicurezza dei pazienti basti pensare alla chirurgia mininvasiva laparoscopica. È chiaro

che se abbiamo telecamere di ultima generazione aumenta

la definizione delle immagini e questo ci permette di operare con più precisione» spiega il professor Marco Scatizzi, presidente dell'Acoi, la società scientifica dei chirurghi ospedalieri. Che poi aggiunge: «Purtroppo oggi con le imprese stritolate dal cosiddetto Pay back, che le impone di rimborsare 2,2 miliardi per il ripiano dello sfondamento di un tetto di spesa sottostimato, oggi abbiamo carenza anche di cose come bisturi elettrici e suturatrici meccaniche», denuncia. Lamentando poi il fatto che «il Pnrr investe circa 4 miliardi per l'ammmodernamento tecnologico della sanità, ma nulla per quello delle sale operatorie».

Ma se negli ospedali la tecnologia appartiene in media all'era giurassica, nel territorio spesso manca proprio.

In Italia ci sono oltre 200 mila pazienti con supporto ventilatorio domiciliare, 100 mila in ossigenoterapia, 30 mila nutriti artificialmente per via enterale o parenterale. In moltissimi casi i pazienti domiciliari necessitano di più terapie contemporaneamente, si pensi ad esempio agli oltre 6 mila pazienti affetti da Sla, che nelle fasi più avanzate della patologia hanno bisogno di supporto respiratorio continuo, di es-

sere nutriti tramite Peg, di assistenza sanitaria e riabilitativa, di ausili per la comunicazione oculare. Secondo distributori e produttori di dispositivi medici però oggi la fornitura di queste terapie domiciliari complesse va spesso a singhiozzo, ed è disomogenea da Asla Asl, nonostante siano prestazioni a pieno titolo garantite dai Lea, i livelli essenziali di assistenza che garantiscono la mutuabilità delle cure. E questo finisce per pesare anche economicamente sui pazienti e badanti o familiari che li assistono in casa.

Ma anche dove le apparecchiature ci sono mancano poi personale formato a leggere i dati prodotti e reti digitali in grado di connettere tra loro strutture sanitarie e professionisti. «Tutto il flusso di dati che arrivano dal monitoraggio dei pazienti a domicilio devono essere strutturati e gestiti da un collettore di informazioni, che le veicoli poi in modo strutturato giorno per giorno ai medici curanti e alle strutture sanitarie che hanno in carico il paziente. Per questo occorre formare chi va a domicilio del paziente come avviene per le strutture ospedaliere. E per questo servirebbe un sistema di accreditamento anche per i servizi di assistenza a domicilio, che preveda l'uso delle tecnologie rispetto al-

la tradizionale presa in carico del paziente e l'integrazione tra medical device, telemedicina e professionisti della sanità». Mentre oggi larga parte dell'assistenza domiciliare è delegata a cooperative e associazioni private, che hanno poco interesse a pagare di tasca propria la formazione digitale dei propri dipendenti.

E così tra apparecchiature ospedaliere simili a vecchie 500 che arrancano nei nostri ospedali e Ferrari tecnologiche parcheggiate nei garage dell'assistenza territoriale la sanità 4.0 resta per ora un sogno. —

Continua

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Dalle difficoltà dei Pronto soccorso alla crisi dell'assistenza territoriale, continua il viaggio de La Stampa fra i problemi della Sanità italiana

## L'ADEGUATEZZA TECNOLOGICA DEI MACCHINARI



Fonte: Osservatorio Confindustria Dispositivi Medici

WITHUS





**MASSIMILIANO BOGGETTI** guida Confindustria dispositivi medici: "Ora un tavolo al Ministero"

## "I fondi per l'innovazione? Sottostimati un danno per prevenzione e liste d'attesa"

### L'INTERVISTA

**M**assimiliano Boggetti, presidente di Confindustria dispositivi medici, non ha dubbi: la spesa per l'innovazione tecnologica della nostra Sanità è sottostimata e continuando di questo passo avremo anche problemi con le forniture.

**Come si è arrivati a questo Jurassic park tecnologico nei nostri ospedali?**

«Ci si è arrivati perché si è andata via via riducendo la spesa per i dispositivi medici, che dal 5,5% del fondo sanitario nazionale è scesa al 4,2%. Un livello giudicato da tutti ampiamente sottostimato. In più nel 2015 è stato introdotto il payback che impone alle imprese di ripianare il

50% degli sforamenti di un tetto di spesa fuori dalla realtà. E non bisogna essere Einstein per capire che se devi acquistare con meno risorse la stessa quantità di cose poi a doversi ridurre è la qualità».

**Con quali conseguenze per gli assistiti?**

«Negative sia dal punto di vista assistenziale che dei tempi di attesa. La diagnostica più avanzata ci consente ad esempio di individuare più facilmente i tumori allo stato iniziale. La microchirurgia robotica rispetto a quella tradizionale è meno invasiva, riduce i tempi di ricovero e permette di intervenire su persone anche molto anziane altrimenti inoperabili. E questi sono solo alcuni esempi. Senza parlare delle liste

d'attesa destinate ad allungarsi con macchinari obsoleti che più facilmente vanno fuori uso».

**Il Pnrr però stanziava circa 4 miliardi per l'ammodernamento tecnologico della nostra sanità...**

«Si ma bisogna partire dai bisogni di salute e poi programmare su questi i nuovi acquisti. Per questo chiediamo un tavolo con il ministero della Salute».

**Se acquisteremo macchinari più avanzati abbiamo poi il personale formato a farli funzionare?**

«Bella domanda. Il personale sanitario purtroppo non è digitalmente alfabetizzato, perché non si sono mai allocate risorse per la formazione in questo senso. Per le tec-

nologie ospedaliere la formazione la facciamo noi, ma nel territorio è assente. E poi serve una infrastruttura di rete che consenta di condividere i dati tra le strutture e i professionisti».

**Il governo ha rinviato al 30 aprile il pagamento a carico delle imprese di 2,2 miliardi di pay back. Soddisfatti o speravate in altro?**

«Il pay back va cancellato perché la spesa per i dispositivi medici non è assolutamente fuori controllo, ma è anzi sottofinanziata, con 106 euro pro capite contro i 200 della media Ue. Se continua così avremo problemi con le forniture e sulla loro qualità». PA.RU. —

Dal 5,5% del fondo sanitario la spesa è scesa al 4,2% così si riduce la qualità degli acquisti



**MASSIMILIANO BOGGETTI**  
PRESIDENTE CONFINDUSTRIA  
DISPOSITIVI MEDICI



I MECCANISMI DI ACCESSO ALLA FACOLTÀ

## «Una via per Medicina»

di **Anna Maria Bernini**

**C**aro direttore, a partire dal prossimo 13 aprile gli studenti di quarto e quinto anno delle scuole secondarie potranno misurarsi con i nuovi test di accesso a Medicina. continua a pagina 9

# Capovolgere i meccanismi di accesso a Medicina Ora una soluzione è possibile

La ministra Bernini: migliaia di giovani coinvolti. Pronti i nuovi test

SEGUE DALLA PRIMA

Non più una selezione destinata a condizionare le scelte di una vita, ma un percorso di orientamento consapevole, maturo e motivato. Anche questo vuol dire difendere il diritto allo studio: offrire ai ragazzi occasioni per mettersi alla prova, superando lo scoglio di un'unica opportunità d'accesso. Un positivo inizio che affronta un aspetto delle criticità in ingresso alla facoltà di Medicina, ma di certo non risolve il tema dei temi: il numero chiuso.

Mancano i medici, manca il personale sanitario come la pandemia ha evidenziato. Eppure, non possiamo aprire in automatico le porte delle università a tutti. Questione annosa, terribilmente complessa e che richiede risposte altrettanto complesse.

Non c'è dubbio che adeguare la programmazione dei laureati in Medicina sia una necessità. Anche il passaggio al numero chiuso è stata una scelta dettata dalla necessità. La professione era inflazionata, l'offerta di medici era superiore alle richieste e anche gli standard formativi non apparivano in linea con quelli europei. L'accesso programmato era, quindi, la risposta più decisa a motivazioni tanto serie.

D'altra parte, è proprio grazie a questa riforma se i medici italiani sono accreditati

tra i migliori al mondo. Merito anche di un'offerta universitaria che ha potuto puntare sulla qualità. Oggi il tasso di occupazione dei laureati in Medicina è superiore all'83 per cento, mentre è molto basso il tasso di abbandono: il 2 per cento degli studenti lascia nel passaggio dal primo al secondo anno.

Come è allora possibile superare l'apparente paradosso che vede migliaia di giovani bloccati in ingresso alla facoltà di Medicina con la necessità di nuovi professionisti? Il *mismatch* tra domanda e offerta sta tutto nel fabbisogno reale. È qui che si creano le distorsioni.

Oggi abbiamo la necessità di capovolgere il meccanismo: partendo dal nuovo fabbisogno effettivo di medici e sanitari, dobbiamo adeguare le capacità e l'offerta potenziale del sistema universitario. E con questo approccio che abbiamo istituito al ministero dell'Università e della Ricerca — il Mur — un gruppo di lavoro con tutti gli attori in campo, dal mondo accademico, al ministero della Salute, alla Conferenza delle Regioni che, insieme agli ordini professionali, definiscono il fabbisogno di medici.

Siamo partiti con un obiettivo chiaro: individuare un «accesso sostenibile» a Medi-



cina. Che sia una risposta alla richiesta attuale di professionisti da parte del servizio sanitario e del mondo produttivo, compresa l'industria farmaceutica, biomedicale, delle scienze della vita, e che al tempo stesso consideri la capacità di risposta dei nostri atenei. Un sistema della formazione che, vogliamo ribadirlo, sappia mantenere standard di efficienza elevati.

Lo stesso deve ovviamente valere per le scuole di specializzazione, il cui ingresso va organizzato sul fabbisogno del Paese.

Con la collaborazione di tutti vogliamo, entro il primo trimestre di quest'anno, offrire una prima risposta per definire un programma di accesso alla facoltà di Medicina ragionato ed efficace. Siamo aperti al confronto, alla valutazione di ogni tipo

di esperienza, comprese quelle estere, a un dialogo costruttivo che ci faccia uscire dall'attuale immobilismo e ci proietti in un domani che abbia al centro la persona, la sua cura ma anche la sua autodeterminazione.

**Anna Maria Bernini**

ministro dell'Università e della Ricerca

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Il gruppo di lavoro  
Abbiamo istituito al ministero  
dell'Università e della Ricerca  
un gruppo di lavoro che definisca  
il fabbisogno di medici**

## Il profilo



● Anna Maria Bernini, 57 anni, Forza Italia, ministra dell'Università e della Ricerca dal 22 ottobre scorso. Eletta senatrice nel 2013, è stata confermata nel 2018 e 2022



L'INTERVISTA

## Giovanni Rezza

### “La variante Kraken non deve spaventarci inutile chiudere alla Cina, facciamo i richiami”

Il direttore del Dipartimento di prevenzione: “I dati in Usa e Inghilterra dicono che non è più aggressiva. Se aumentano i contagi meglio usare le mascherine, ma grazie ai vaccini l'era delle chiusure è finita”

PAOLO RUSSO  
ROMA

**A**nche Gianni Rezza, direttore del Dipartimento prevenzione del ministero della Salute è rimasto impressionato dalle file davanti ai crematoi in Cina. Ma poi spiega perché non dobbiamo farci colpire dalla sindrome cinese e nemmeno farci spaventare più di tanto dalla contagiosissima Kraken

**In che misura le immagini che arrivano dalla Cina devono preoccupare anche noi?**

«A vedere quelle immagini in effetti sembra di essere tornati alla Wuhan del 2020. Ma di fatto la situazione è molto diversa, sia lì che da noi».

**Perché?**

«In Cina circolano molti diversi lignaggi di Omicron, che dal punto di vista clinico sono molto meno insidiosi, ma hanno un alto livello di contagiosità. Basti pensare che se con il ceppo originario ogni contagiato era in grado di infettarne tre ora siamo tra 15 e 20. E poiché le autorità cinesi hanno deciso di allentare da un momento all'altro le misure di contenimento ecco che il virus ha generato moltissimi casi in poco tempo. E anche se mor-

de la gola ma lambisce soltanto i polmoni è chiaro che su una grande quantità di infetti in numeri assoluti i casi gravi sono comunque molti».

**Ma replicando per milioni di volte non c'è il rischio che dalla Cina spunti qualche variante anche più aggressiva da un punto di vista clinico?**

«Questo non si può escludere a priori ma non è affatto detto che alla fine emergano varianti immunoevasive e più letali. Questo perché con i lockdown e le quarantene molto dure imposte alla popolazione cinese è molto bassa la quota di chi si è immunizzato dalla malattia indotta da Omicron o dai suoi lignaggi e sottolignaggi. Quindi il virus non viene ostacolato dalle difese immunitarie e corre liberamente. Però non ha questa necessità di dover mutare così tanto per sfuggire alle difese immunitarie. Il che ci fa ben sperare circa la possibilità che pur continuando a modificarsi non lo faccia a tal punto

da poter generare forme più gravi di malattia o da aggirare le difese vaccinali, ancora perfettamente valide contro il pericolo di ospedalizzazione».

**Siamo sicuri che non stiano invece già circolando varianti più pericolose?**

«Dal monitoraggio che stiamo facendo sui passeggeri provenienti dalla Cina rileviamo solo BA.5.2 e BF.7, che sono sempre sottolignaggi di Omicron, contro i quali in Italia abbiamo un'ampia fascia di popolazione immunizzata dai vaccini, dalla malattia o da entrambi, generando in quest'ultimo caso una immunità ibrida ancora più efficace».

**È sufficiente imporre i tamponi a chi viene dalla Cina o serve altro?**

«In un mondo globalizzato come il nostro è impossibile riuscire a fermare un virus e le sue sottovarianti. Anche in Cina, nonostante alle persone in arrivo fosse imposta una quarantena rigidissima alla fine Omicron è entrata lo stesso. Ma con i test agli



# LA STAMPA

sbarchi e in partenza riusciamo sicuramente a ridurre l'impatto. Infatti se i primi giorni avevamo un 50% di contagiati rilevati all'arrivo, poi si è scesi al 20 e ora siamo a uno, due passeggeri per vettore. Quindi i controlli stanno funzionando ed è inutile pensare di imporre delle chiusure». **Dalla Cina vi stanno fornendo dati attendibili sulla diffusione del virus e il suo sequenziamento?**

«Sia l'Oms che l'Ecdc, il Centro europeo per il controllo delle malattie infettive, lamentano di non ottenere risposte adeguate. Per questo è importante si facciano i sequenziamenti nei Paesi di approdo dalla Cina».

**L'Oms non ci ha però incluso nel gruppetto di Paesi che si sta dando da fare con il sequenziamento del virus. Non è che corriamo il rischio di sfugga qualche nuova variante?**

«Deve essere stata una svista di Kluge, il responsabile europeo dell'Oms, perché prima di tutto siamo stati il primo Paese a sequenziare i virus provenienti dalla Cina. Senza dimenticare che da due anni l'Iss fa ogni mese flash survey per sequenziare tutto quello che circola nel Paese, mentre la piattaforma IcoGen, sempre dell'Istituto, permette di raccogliere informazioni sulle varianti presenti. Un monitoraggio finanziato con 10 milioni. Se do-

vesse spuntare una nuova variante può sfuggire la prima settimana, non la seconda».

**Sempre l'Oms invita a tenere alta la guardia su Kraken. Quante possibilità ci sono che diventi prevalente da noi?**

«Per ora in Italia è allo 0,1%. Una nota appena arrivata dall'Oms dice che avrebbe un vantaggio nei confronti di altri lignaggi, dovuto a una maggiore capacità immunoevasiva, per cui sarebbe in grado, potenzialmente, di sostituire le sottovarianti di Omicron attualmente in circolazione. Ma sono dati basati su un solo Paese».

**Siamo sicuri che i vaccini proteggano bene anche da Kraken?**

«Essendo molto immunoevasiva non è detto che vaccinandosi ci si protegga dal contagio, ma quella che permane è un'ampia protezione, tra l'80 e il 90%, rispetto al rischio di sviluppare forme gravi di malattia. Anche perché con la vaccinazione si producono non solo gli anticorpi destinati a diminuire nel tempo, ma si genera anche una difesa cellulare, costituita dai linfociti T che dura nel tempo».

**Avete informazioni sufficienti per dire che non è più patogena?**

«Che non sia maggiormente aggressiva da un punto di vista clinico lo conferma l'andamento dei numerosi casi in Usa e Gran

Bretagna. Per questo dico: non spaventiamoci inutilmente, ma facciamo i richiami se non li abbiamo ancora fatti».

**Intanto i contagi sembrano risalire anche da noi. Temete una nuova ondata?**

«Con gli scongiuri del caso più che ondata sarà probabilmente un'ondina, anche perché al momento non vediamo sottolignaggi in grado di far impennare in misura preoccupante i casi».

**Ma se ci fosse una ripresa forte generata caso mai da qualche nuova versione del virus?**

«Restano le raccomandazioni già diffuse con la nostra circolare rivolte ad anziani e fragili, che farebbero bene ad indossare le mascherine e ad evitare luoghi affollati. Soprattutto al chiuso. Ma non vedo all'orizzonte il bisogno di limitare le capienze di cinema, bar e ristoranti. L'era degli obblighi, anche grazie ai vaccini, è finita». —

## Ha detto

Non si possono escludere nuove varianti a priori ma non è detto ne emergano di più letali

Sui voli dalla Cina nei primi giorni avevamo il 50% dei contagiati, ora due passeggeri

La nuova variante è immunoevasiva ma i vaccini proteggono dalla malattia grave



**L'esperto**  
Giovanni Rezza,  
epidemiologo,  
68 anni,  
è direttore generale  
per la Prevenzione  
del ministero  
della Salute

ROBERTO MONALDO / LA PRESSE



## ANTIVIRUS



# COVID, PRIORITÀ SEMPRE AI FRAGILI

**✱ NELLA LOTTA CONTRO** il Covid, si è evidenziato un chiaro spartiacque. Da un lato anziani e fragili, dall'altro giovani e adulti in apparente buona salute. Sono due condizioni molto diverse. Innanzitutto dobbiamo tener presente l'immuno competenza del nostro sistema di difesa. Nei fragili e negli anziani, il sistema immune "dimentica" con rapidità la vaccinazione. In questi casi, nell'attesa che la ricerca possa darci qualcosa di meglio, oggi è ancora opportuno procedere con dosi di vaccino a intervalli di quattro/cinque mesi. In pratica, in questi soggetti è come se si azzerasse velocemente la capacità di riconoscere il virus. In questa popolazione, se non si può escludere la rara possibilità di effetti collaterali, questi non mutano il rapporto rischio-beneficio, a favore

di quest'ultimo. La situazione è completamente diversa nell'adulto sano. Un sistema immunocompetente, cioè in piena attività, che è capace di "ricordare" spesso anche un singolo incontro con un virus e imparare a difendersi, può, se sollecitato ripetutamente da nuove e continue dosi dello stesso vaccino, presentare il fenomeno di immuno-tolleranza. Si ha un effetto di addormentamento dell'attenzione verso il virus, cioè il nostro sistema immune stenta a riconoscere l'antigene e non reagisce come ci si aspetterebbe. I vaccini a RNA mostrano, già dopo la prima somministrazione, di essere misure preventive efficaci per combattere la pandemia di SARS-CoV-2, inducendo alti livelli di anticorpi neutralizzanti SARS-CoV-2. La situazione cambia già dopo la terza dose, seppur

moderatamente e drasticamente dopo la quarta. Una ulteriore osservazione va fatta nei soggetti molto giovani che, abbiamo notato, seppur in casi sporadici, conseguentemente alla vaccinazione contro il Covid-19, possono registrare, soprattutto se maschi, casi di miocardite. Dobbiamo, soprattutto oggi, concentrare le nostre energie affinché quello che ancora (erroneamente) chiamiamo Covid non colpisca la fragilità, continuando a proteggerli con vaccini e uso di dispositivi quali le mascherine, senza sprecare risorse inutili per chi ha nel suo sistema immune la migliore difesa.

**MARIA RITA GISMONDO**

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





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## SANITÀ

### Farmaci introvabili «No agli allarmi, tavolo al ministero»

Sono 3.200 i farmaci che non si trovano più sugli scaffali delle farmacie italiane: scarseggiano soprattutto antinfiammatori, antidolorifici e antibiotici. Il viaggio di *Avvenire* tra gli italiani in coda, da Nord a Sud, alla ricerca di medicine importanti per la propria salute. Intanto il governo corre ai ripari e convoca un tavolo.

**Daloiso, Napoletano e Salinaro**

a pagina 6

# Quei farmaci introvabili sugli scaffali «Mai vista un'emergenza simile»

VITO SALINARO

**S**ta diventando una preoccupante consuetudine. Si entra in farmacia per acquistare un farmaco, anche quelli a larga diffusione, e ci si sente ripetere che non è più disponibile. Può diventare un'impresa, in questi giorni, trovare persino della Tachipirina o il Moment, così come altri prodotti a base di ibuprofene o indometacina. Tanto che il ministero della Salute ha istituito un tavolo permanente ordinando un monitoraggio sulle carenze, interventi a breve e medio termine per far fronte tempestivamente ai bisogni e la definizione di attività di comunicazione e sensibilizzazione per evitare allarmismi e ingiustificate corse all'acquisto.

Mancano antinfiammatori, antidolorifici, antibiotici: 3.200 farmaci in tutto, compresi antipertensivi, antidepressivi, neurolettici e diuretici. Secondo Farmindustria, però, il 50% di questi prodotti è sostituibile. Non sono segnalati invece problemi per antivirali e vaccini. Sul sito dell'Aifa le motivazioni delle mancate consegne vanno dalla «cessata commercializzazione», definitiva o temporanea, a non meglio specificati «problemi

produttivi», fino alla «elevata richiesta» e alla conseguente «distribuzione contingentata». La stessa Agenzia del farmaco consiglia di rivolgersi al proprio medico o allo specialista per sostituire il medicinale solitamente utilizzato con uno generico.

Ma perché questa carenza, avvertita in tutta l'Ue? Per Farmindustria due sono i motivi alla base del problema: l'aumento della domanda, in concomitanza con la diffusione del Covid-19 e delle patologie influenzali; la ormai eccessiva dipendenza dell'Europa dal mercato asiatico delle materie prime (fino al 75%), aggravata dalla guerra in Ucraina. «Le aziende farmaceutiche stanno facendo ogni sforzo per garantire continuità di produzione e distribuzione dei farmaci, cercando di reperire principi attivi e materie prime su altri mercati, oltre a quelli in genere utilizzati», ha dichiarato il presidente di Farmindustria, Marcello Cattani, ieri tra i presenti al tavolo di lavoro del ministero, che tornerà a riunirsi il 18 gennaio. Il no-

stro Paese, ha precisato, «ha i prezzi medi dei farmaci più bassi in Europa, ma le carenze non sono imputabili all'export di questi prodotti». Il problema, invece, oltre all'aumento della domanda per le tante infezioni di Covid e influenza, è che «l'Italia è tra i principali produttori di

farmaci ma dipende dall'estero per i principi attivi e il materiale per il packaging. Alcuni Paesi stanno investendo molto sulla filiera per

rendersi meno dipendenti dalle importazioni. In Italia si è iniziato un processo di localizzazione di principi attivi, ma serve tempo». Quello di ieri al mi-



nistero «è stato un momento di confronto positivo, da cui sono emerse situazioni da monitorare, ma non bisogna fare allarmismo. C'è stato negli ultimi mesi un trend in aumento della discontinuità di approvvigionamento con situazioni a macchia di leopardo». Tuttavia, ha assicurato Cattani, la distribuzione «è in progressivo miglioramento. La filiera si sta riorganizzando rispetto al periodo di maggiore stress».

Al tavolo del ministero ha preso parte anche il presidente della Federazione degli ordini dei farmacisti italiani (Fofi),

Andrea Mandelli. Tra i prodotti che mancano, ha segnalato, ci sono pure quelli «pediatrici per aerosol e sciroppi per la tosse. L'emergenza è mondiale» ma «con l'aiuto del farmacista una molecola alternativa si può trovare. È importante che i cittadini non facciano corse all'accaparramento di scorte». La Cina, con l'India, ha quindi aggiunto, «è produttore principale di principi attivi e in questo momento è in difficoltà per il Covid». E la guerra in Ucraina «sta portando a un aumento dei

costi dell'energia e dei carburanti». Occorre però «evitare di fare scorte togliendo farmaci a chi ne ha bisogno. Serve una collaborazione virtuosa», ha concluso.

«Auspicavamo un intervento istituzionale perché denunciavamo la situazione già 4 mesi fa e la situazione è insostenibile - ha osservato il presidente di Federfarma Servizi, Antonello Mironi -. Vorremmo conoscere la ragione vera del problema. Perché la carenza che vediamo ora non l'abbiamo vista neppure in piena emergenza Covid».

## IL CASO

Il governo corre ai ripari e convoca un tavolo. Farindustria e Fofi: le cause? L'aumentata domanda causata dal Covid-19 e dalle patologie influenzali, oltre all'incertezza mondiale

Tra i prodotti che scarseggiano antinfiammatori, antidolorifici e antibiotici. «Ma le alternative ci sono»



Due dottori al lavoro in una farmacia europea: la carenza di medicinali è un problema su scala mondiale e riguarda soprattutto antinfiammatori e antibiotici







Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## LO SCENARIO

# I principi attivi importati dalla Cina e dall'India La catena delle responsabilità

ANGELA NAPOLETANO

Londra

**N**on solo in Italia. Il problema della carenza di medicinali essenziali, come antibiotici, antinfiammatori, antidolorifici o antidepressivi, è di portata internazionale. Ne soffre l'Europa come il Regno Unito, gli Stati Uniti e l'Australia. A causarlo non è stato (solo) il coronavirus. I primi segnali di allarme risalgono a più di dieci anni fa, quando l'idea di un'ondata pandemica globale era solo un'eventualità. Era il 2013 quando la Federazione farmaceutica internazionale convocava a Toronto, in Canada, il primo summit mondiale sul deficit di fiale e compresse.

Il fenomeno è complesso. Come i meccanismi che regolano la multimiliardaria industria farmaceutica globale. Un rapporto del 2019 pubblicato dalla *Food and Drug Administration* statunitense, l'agenzia federale che vigila sulla sicurezza dei medicinali, sottolinea con chiarezza le «radici economiche» del problema denunciato, l'anno prima, dal Congresso. Il dossier analizza i «vizi» del mercato, come l'assenza di incentivi a produrre medicinali meno remunerativi e l'incapacità della piazza di «premiare» l'alta qualità, per spiegare, in

sintesi, che l'indisponibilità di determinati farmaci, anche solo temporanea, risponde all'esigenza degli operatori di aumentare i prezzi per compensare gli esosi costi di produzione.

L'Authority statunitense punta il dito contro chi, nel settore pubblico come in quello privato, sacrifica la salute sull'altare del risparmio importando farmaci o principi attivi da Stati, come Cina e India, in cui costano meno. Negli ultimi vent'anni, questo è il risultato, la catena di approvvigionamento è diventata, osserva la Fda, «lunga, complessa e frammentata». È così che produttori e distributori sono caduti in trappola, ostaggio di lungaggini pratiche e burocratiche che, in tempi più recenti, i divieti di esportazione e stoccaggio scattati con la pandemia hanno solo peggiorato. A monte del problema la Federazione farmaceutica internazionale denunciava, già dieci anni fa, anche il cosiddetto «mercato grigio» dei farmaci. Bancali di prodotti comprati e rivenduti, in genere da intermediari, senza un preciso mandato ma per puro trading, spesso pure legale.

Negli Stati Uniti mancano, in particolare, gli agenti chemioterapici; in Australia la penicillina, in Brasile gli antiparassitari pediatrici, nel Regno Unito i trattamenti a base or-

monale. Una nota del Parlamento Europeo segnala che tra il 2000 e il 2018 la carenza di farmaci nell'Unione Europea è cresciuta fino a venti volte. In farmacia è sempre più difficile trovare granuli solubili o pasticche liofilizzate. Il progressivo invecchiamento della popolazione, aggravato dalla Covid-19, ha di certo contribuito a erodere le scorte di determinati agenti chimici. Gli addetti ai lavori tuonano contro le politiche di acquisto imperfette di governi che, oggi, cercano di correre ai ripari. Londra velocizza le procedure di immissione in commercio di nuove formule. Bruxelles invoca la stabilizzazione della produzione sul continente. Washington chiede maggiore condivisione dei dati sulle scorte. Dalla farmacia del mondo, a Est, stanno a guardare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## IL VIAGGIO

# In coda al banco, in cerca del Nurofen: «Voi lo avete?»

VIVIANA DALOISO

L'ultima a mettersi in fila è nonna Angela, commerciante a Isernia. Sta tornando a casa dopo le lunghe vacanze trascorse con la sorella a **Milano** e «ci provo, a chiedere se hanno il Nurofen per la mia nipotina. Da noi è impossibile trovarlo». La dottoressa al banco ripete che no, «il Nurofen signora non lo abbiamo nemmeno noi». Farmacia Ponteseveso, un passo da Stazione Centrale, la risposta si ripete uguale da luglio coi pazienti milanesi, ma anche romani, genovesi, una arrivata appositamente dalla Sicilia: lo sciroppo dei desiderati - un comune antipiretico e antinfiammatorio molto usato tra i bambini - è il primo nome nella lista dei dispersi. Sulle chat dei farmacisti l'hanno ribattezzato il "Sacro Graal", «tutti lo cercano, ovunque, inutilmente - racconta disarmato il titolare, Stefano Benzi -. Ne vediamo qualche flacone quando uno dei nostri quattro grossisti riesce a spuntarla con la casa farmaceutica (che è la britannica Reckitt Benciser, ndr)». Uno o due al mese, contro una media di anche 300 richieste. Solo immaginare la perdita di fattu-

rato incassata dalla multinazionale nel corso del 2022 fa tremare i polsi, «ma a dire la verità poco mi interessa. Noi farmacisti siamo l'ultimo anello della catena e insieme la prima linea di questa emergenza: tocca a noi, spesso senza sapere il perché, provare a spiegare a un paziente che il medicinale di cui ha bisogno non è disponibile, e chissà quando lo sarà».

Fosse solo il Nurofen. La lista è infinita, molto più ampia di quella già sconcertante messa nero su bianco dall'Aifa: «Mancano antibiotici, antivirali, cortisonici, colliri. Al momento - continua il dottor Benzi - non abbiamo sciroppi per tosse secca, nessuno. Scomparsi. E il problema è proprio la comunicazione: molte case farmaceutiche non segnalano l'impossibilità di rifornirci all'Aifa per paura di ulteriori perdite di fatturato, col risultato che i medici continuano a prescrivere farmaci che non sono sul mercato». Non resta che ingegnarsi: con l'ibuprofene liquido comune, tanto per tornare al principio attivo del già citato Nurofen, che si scopre essere prodotto da una piccola azienda (in piccole quantità, ovviamente), negli

ultimi mesi investita da un'impensata fortuna; con farmaci equivalenti o somiglianti (sperando che vadano bene lo stesso, e non sempre è così). Oppure attaccandosi al telefono e chiamando direttamente medici e pediatri dalla farmacia. Impossibile a Milano, non a **San Secondo Parmense**, 7mila anime nella cintura della città emiliana, dove le farmacie sono due e i medici curanti si contano sui palmi delle mani. «Cerchiamo di fare rete con loro - spiega la dottoressa Isabella Albi -, quando riscontriamo la carenza di un antibiotico per esempio

(è il caso dell'Augmentin in sospensione da 140 ml sempre per i bambini, ndr) li allertiamo subito, chie-

rendo una ricetta diversa e risparmiamo ai genitori un secondo viaggio in studio». I farmaci mancano drammaticamente anche qui, come nel resto del Paese, «a Natale per la prima volta ci siamo spaventati, alcuni scaffali erano vuoti. Lavoriamo malissimo: è complicato programmare gli ordini e organizzare le scorte. L'obiettivo naturalmente è sempre tutelare i pazienti, soprattutto i cronici». Significa mettere da parte le loro ricette mensili, contattare gros-

sisti, ditte e Asl se necessario, arrivare a garantire almeno una scatola, quando ne vengono richieste due. E cercare di evitare, se possibile, il principio ormai dominante dell'incetta: «Il mercato - continua la dottoressa Albi - è diventato anche questo: spesso vince la legge del più forte, cioè delle farmacie più grandi, che riescono a ottenere più merce esercitando più pressioni e facendo valere i loro ordini più consistenti». E incetta tentano sempre più spesso di fare anche i pazienti, accumulando farmaci e sciroppi che non servono pensando di non trovarli mai più. «Il problema sono stati il Covid e questa maledetta influenza, così forte rispetto agli anni scorsi» prova a ragionare il dottor Claudio D'Aria dalla sua farmacia nel cuore a **Matera**, dove ieri mattina di scatole di Brufen (l'ibuprofene per adulti) ne sono arrivate ben 200: «La richiesta di questo farmaco è esplosa quando è stato suggerito che il virus poteva essere combattuto con gli antinfiammatori. Ormai è una moda». Ma c'è anche altro: «Le ditte come la Zamboni ci spiegano che mancano i materiali per il blisteraggio. E poi c'è chi specula, come avviene nel caso di alcuni spray da inalazione, mandati all'estero perché là vengono pagati e venduti anche al doppio».

La difficile quotidianità dei farmacisti da Nord a Sud: «Siamo noi che dobbiamo gestire la rabbia dei pazienti»



L'ALLERTA

# I TIMORI PER "KRAKEN" LA VARIANTE SUPER CONTAGIOSA CHE SUPERA LE DIFESE

Le specialiste Maria Van Kerkhove e Barbara Mahon: «Si trasmette molto facilmente ma non ci sono al momento prove che causi forme di coronavirus più gravi». Banco di prova negli Usa

MARIA RITA MONTEBELLI

# C

on la stagione delle vacanze "occidentali" appena archiviata e quella cinese in rampa di lancio, il timore di una nuova ondata di Covid è più che mai concreto. A preoccupare sono le notizie che arrivano dagli Usa. Gli esperti dei Centers for Disease Control (CDC) comunicano che la nuova subvariante Omicron, la XBB.1.5, ribattezzata su Twitter "Kraken", come il minaccioso calamaro gigante della mitologia norvegese, è al momento quella dominante negli Stati Uniti. Individuata per la prima volta negli Usa lo scorso ottobre, Kraken si diffonde a rapidità impressionante perché evade le difese immunitarie acquisite con i vaccini o infezioni pregresse, esponendo al rischio di reinfezione. A tranquillizzare un po' sono Maria Van Kerkhove, direttore tecnico per la risposta

contro il Covid-19 dell'Oms e Barbara Mahon, direttore della Divisione Coronavirus e altri virus respiratori dei Cdc. A fronte di una contagiosità davvero elevata – affermano le esperte – non ci sono al momento prove che questa variante causi forme di Covid-19 più gravi. «Ma non si deve neppure abbassare la guardia – ammonisce la Mahon – perché i ricoveri per Covid sono in aumento in tutti gli Stati Uniti e non solo nelle aree dove XBB.1.5 è più prevalente».

«Il coronavirus – spiega il professor Fabrizio Pregliasco, virologo dell'Università di Milano – ha una tendenza evolutiva a continuare il suo "sporco mestiere" che è quello di contagiare il più possibile». Come fa Kraken, una delle 650 varianti omi-

cron finora tipizzate, imparentata con la variante cinese XBB ("Gryphon"), isolata finora, in-



forma l'Oms, in almeno 70 Paesi (25 dei quali europei, fanno sapere gli Ecdc, tra i quali l'Italia) e responsabile del picco di casi dello scorso ottobre in Asia. Ma uno studio appena pubblicato sul *New England Journal of Medicine* dimostra che i richiami con i vaccini bivalenti (contro BA.4-5) sono in grado di proteggere dai nuovi coronavirus, al contrario dei "vecchi" vaccini monovalenti. «Stanno inoltre già nascendo nuove versioni di vaccini polivalenti - annuncia il professor Massimo Ciccozzi, docente di Epidemiologia all'Università Campus Biomedico di Roma - che offriranno protezioni ancora più ampie».

La copertura vaccinale in Italia è tra le migliori al mondo (meno del 2% della popolazione deve fare ancora la seconda dose), non così quella dei richiami (importanti soprattutto per gli over 60 perché il sistema immunitario, invecchiando, perde la "memoria"): ha fatto la quarta dose meno di un italiano su tre di quelli ai quali è raccomandata (over 60, operatori sanitari,

donne in gravidanza, over 12 fragili e ospiti delle Rsa), per non parlare della quinta dose (terzo richiamo), consigliata dal ministero della Salute a over 80, ospiti delle Rsa e over 60 fragili (con patologie concomitanti o preesistenti, come malattie metaboliche, cardiovascolari, polmonari e immunodepressi, anche da terapie), dopo che siano trascorsi almeno 120 giorni dalla quarta dose (o da un test Covid positivo). Il vaccino anti-Covid può essere somministrato insieme a qualsiasi altro, con la sola eccezione di quello contro il vaiolo delle scimmie che richiede una distanza di 28 giorni tra le due somministrazioni. Ci si può vaccinare dal medico di famiglia, in molte farmacie o negli hub predisposti dalle Regioni.

I sintomi della nuova variante non sono diversi da quelli dei progenitori omicron: 5-7 giorni di febbre, mal di gola, tosse, congestione nasale, dolori muscolari, grande stanchezza. I più vulnerabili possono però andare incontro a problemi respiratori gravi, tali da determi-

nare una caduta della saturazione di ossigeno nel sangue (sotto il 90%) e portare al ricovero. Meno frequenti la perdita di gusto e dell'olfatto, un effetto dovuto, secondo gli esperti americani, alle vaccinazioni e alle precedenti infezioni, più che ad una mutata attitudine del virus. Se nonostante tutto ci si contagia, over 60 e fragili dovrebbero avvertire il medico, per iniziare subito la terapia anti-virale (es. Paxlovid). Sempre meglio infine evitare il contagio a tutte le età, anche per non incorrere nel long Covid. Secondo un recente studio di Ziyad Al-Aly, epidemiologo clinico della Washington University (St Louis, Usa) i vaccini riducono anche il rischio di questa complicanza del 15-30%.

**L'EPIDEMIOLOGO  
MASSIMO CICCOZZI:  
«LE NUOVE VERSIONI  
DI VACCINI POLIVALENTI  
OFFRIRANNO PROTEZIONI  
ANCORA PIÙ AMPIE»**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## UGANDA

# Dichiarata chiusa dall'Oms l'epidemia di ebola

La fine dell'epidemia di ebola da virus Sudan in Uganda è stata dichiarata ieri dal Paese africano, a meno di 4 mesi dalla conferma del primo caso nel distretto centrale di Mubende, il 20 settembre 2022. Lo riferisce l'Organizzazione mondiale della sanità, ricordando che quella che ha colpito l'Uganda è stata la prima epidemia di Sudan ebolavirus in un decennio e la quinta in assoluto per questo tipo di ebola. Il bilancio complessivo è stato di 164 casi (142 confermati e 22 probabili), 55 morti e 87 guariti. Il tasso di letalità, ossia il rapporto fra decessi e numero di infezioni, è stato del 47 per cento.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## DA CAMBRIDGE

# Il pancreas artificiale che controlla il diabete

**U**n pancreas artificiale per controllare in modo automatico il diabete di tipo 2. Lo ha messo a punto e testato con successo un team di scienziati dell'Università di Cambridge, nel Regno Unito, che su Nature Medicine descrivono il sistema a circuito chiuso messo a punto nell'ambito di un progetto finanziato dal National Institute for Health and Care Research (NIHR).

Si tratta di un dispositivo che combina un misuratore di glucosio e una pompa per insulina con una App svilup-

pata dal gruppo di ricerca. L'applicazione, denominata CamAPS Hx, è gestita da un algoritmo che prevede la quantità di insulina necessaria per mantenere i livelli di glucosio nell'intervallo target. Rispetto al trattamento standard, il pancreas artificiale ha dimezzato il tempo trascorso con concentrazioni eccessive di zucchero nel sangue.

In precedenza gli studiosi avevano già dimostrato che un pancreas artificiale gestito da un algoritmo simile funziona nei pazienti con

diabete di tipo 1; avevano anche mostrato l'efficacia del dispositivo in pazienti con diabete 2 che necessitano di dialisi, e ieri hanno pubblicato i primi test su una popolazione di diabetici di tipo 2 più ampia, che non richiedono dialisi. A differenza del pancreas artificiale usato nel diabete 1, questa nuova versione è un sistema a circuito completamente chiuso.



## SOPRAVVIVERE AL TUMORE NUOVE CHANCE DAL NASO-TECH

Un'impennata di casi dopo il fermo di esami e controlli causa pandemia  
Humanitas e Politecnico di Milano hanno messo a punto un prototipo  
in grado di diagnosticare il male alla prostata: accuratezza dell'82 per cento

CARLA MASSI

Il "nasotech" di Humanitas e Politecnico di Milano identifica il cancro alla prostata con un'accuratezza dell'82 per cento

# N

on poteva che essere così visto il fermo di esami e controlli imposti dalla pandemia. L'impennata di casi di tumore per mancate visite e terapie era, infatti, prevista. Oggi è quantificata. Una situazione sicuramente più preoccupante di quanto si potesse immaginare: nel 2022 sono stimati 390.700 nuovi casi, 14.100 in più nell'arco di due anni.

Gli screening stanno lentamente riprendendo con regolarità ma i medici si trovano davanti una popolazione non in forma, anzi. Il 33% degli adulti è in sovrappeso e il 10% obeso (condizioni che hanno legami con l'insorgenza del tumore), il 24% fuma e i sedentari sono aumentati dal 23% del 2008 al 31% del 2021.

### IL REPORT

Il volume "I numeri del cancro in Italia 2022", presentato poco prima di Natale al ministero della Salute disegna un quadro sconcertante, un passo indietro nella prevenzione e nella cura, da Nord a Sud.

Le firme del lavoro sono dell'Associa-

zione italiana di oncologia medica, Associazione italiana registri tumori, Fonda-

zione Aiom, L'Osservatorio nazionale screening, Sorveglianza Passi dell'Istituto superiore di sanità, Passi d'argento e la Società italiana di anatomia patologica.

Il tumore più frequentemente diagnosticato, nel 2022, è il carcinoma della mammella, seguito da colon-retto, polmone, prostata e vescica. Alla riattivazione dei programmi di prevenzione secondaria corrisponde un incremento del numero di interventi chirurgici per cancro del colon-retto e della mammella, anche in stadio iniziale.

Il rapporto sui tumori in Italia arriva quasi contemporaneamente alle notizie della morte di Pelé, Siniša Mihajlovic e Gianluca Vialli. Tutti e tre colpiti dal cancro. Uno scossone emotivo molto forte anche per quanti, grazie alla medicina, vivono in Italia dopo una diagnosi di tumore: quasi quattro milioni, un terzo dei quali può essere considerato guarito. Va ricordato che da noi la sopravvivenza media a cinque anni dalla diagnosi di un tumore maligno è del 59,4 per cento fra gli uomini e del 65 per cento fra le donne. Prendere la malattia ai primi segni è fondamentale.



## IL FINANZIAMENTO

Va in questa direzione la decisione di destinare fondi del Pnrr all'ospedale Molinette di Torino: un finanziamento di 950mila euro per il vaccino "2.0 a Dna" per la cura del tumore al pancreas. Lo stesso che ha colpito Vialli. L'obiettivo è quello di validare "Eno3pep" come vaccino di seconda generazione, somministrabile ai pazienti con tumore pancreatico.

«Un vaccino "a Dna" di seconda generazione codificante per le sequenze immunodominanti di alfa-enolasi per la cura del tumore del pancreas» è il titolo del brevetto già depositato. Il finanziamento metterà il Consorzio di Ricerca in condizione di completare un percorso di stu-

dio (guidato da Francesco Novelli, Ordinario di immunologia e direttore del dipartimento di Biotecnologie molecolari e scienze per la salute dell'Università di Torino, sviluppato con il sostegno della Fondazione ricerca Molinette onlus e condotto con l'Unità del Policlinico Giaccone di Palermo, guidato da Serena Meraviglia) alle Molinette e ottenere l'autorizzazione per lo studio clinico del vaccino. Rendendolo così più "appetibile" per molti investitori dell'industria farmaceutica e biotech.

«Da anni – spiega l'Ateneo – il laboratorio del professor Novelli studia la relazione tra il sistema immunitario e il tumore pancreatico, uno tra i più aggressivi. Gli

studi hanno portato all'identificazione di una proteina iper-espressa nel tumore del pancreas, l'alfa-enolasi, capace di scatenare nei pazienti con cancro pancreatico sia una risposta anticorpale sia l'attivazione di linfociti T anti-tumore. Questa proprietà ha suggerito lo sviluppo di un vaccino "a Dna"».

## DIAG-NOSE

La prevenzione passa anche attraverso un naso. Un prototipo di naso elettronico capace di analizzare le sostanze volatili rilasciate dall'urina e riconoscere la presenza di cancro alla prostata o di escluderla con un'accuratezza dell'82% è, infatti, stato messo a punto dall'Istituto di ricerca e cura Humanitas con il Politecnico di Milano. Il sistema, chiamato Diag-Nose, è stato sperimentato su 174 persone.

L'esame ha identificato correttamente la presenza del tumore in pazienti malati nell'85,2% dei casi e di dare un esito negativo nei pazienti sani nel 79,1% dei casi. Il nuovo test potrebbe candidarsi a sostituire la biopsia, che rappresenta un esame molto più invasivo e con un tasso di falsi negativi elevato soprattutto per i tumori in fase precoce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

ALLE MOLINETTE DI TORINO  
FONDI DAL PNRR  
PER IL VACCINO "2.0 A DNA"  
CONTRO IL CANCRO  
AL PANCREAS, LO STESSO  
CHE HA COLPITO VIALLI

5  
C  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
1  
2

**LE TESTIMONIANZE**



L'ex campionessa di tennis Martina Nottarola, 36 anni, vincitrice di 8 Slam, ha da poco annunciato di avere due tumori, alla gola e al seno, quest'ultimo già diagnosticato e curato nel 2010.

La cantante Emma Marrone, ha scoperto nel 2009, ai 24 anni, di avere un tumore all'utero e alle ovaie: ha subito tre interventi, nel corso degli anni, diventando una testimone della prevenzione ai tumori.

Lo scorso marzo il cantante Fedor è stato operato di tumore neuroendocrino del pancreas (Nec), un tipo di cancro molto raro che gli è stato asportato in un intervento durato 6 ore. Sul social ha mostrato la ferita e raccontato la sua esperienza.



**SOPRAVVIVERE AL TUMORE NUOVE CHANCE DAL NASO-TECH**

**SINTOMI TARDI E GENERICI. CONTRO LE NEOPLASIE L'ARMA DEGLI SCREENING**



# SUPERIAMO L'INVERNO DEMOGRAFICO È ORA DI RINASCERE

Il pauroso calo delle nascite e l'aumento della mortalità per il Covid sono i due estremi dell'emergenza sociale, economica e sanitaria in Italia  
Elsa Viora (Aogoi): «Bisogna invertire la tendenza e dobbiamo fare presto  
Il primo passo è la tutela della salute di chi vuole diventare genitore»

**CARLA MASSI**

# È

stato ribattezzato come "Inverno demografico". Un inverno che dura da più stagioni. Sempre meno nati. Mentre, negli ultimi anni, i decessi causa Covid hanno raggiunto cifre molto alte. La freddezza

dei numeri e il loro raffronto ci aiutano a capire in che situazione siamo: nel 2019 i morti sono stati 634mila contro i 746mila del 2020 e i 709mila del 2021, mentre si contano 420.084 nati nel 2019, 404.892 nel 2020 e 400.249 nel 2021. L'anno appena terminato ci ha regalato un ulteriore drammatico calo. Basta leggere i dati provvisori dell'Istat: nel periodo gennaio-ottobre 2022 le nascite sono state quasi 9 mila in meno rispetto allo stesso periodo del 2021.

Si delinea, così, un Paese popolato soprattutto da anziani. Con tutto quello che socialmente ed economicamente ne consegue. Un'emergenza collettiva, non solo delle coppie. È proprio il ricambio natu-



rale della popolazione a risultare sempre più problematico. La dinamica di natalità e decessi appare antitetica oggi più di ieri per effetto del Covid. Che, non solo ha portato a morte le fasce di popolazione più anziane, ma ha anche scoraggiato i giovani a pensare a un figlio.

Tra il 2020 e 2021 per ogni nuovo fiocco

azzurro o rosa nello scorso anno ci sono stati quasi due funerali.

«La denatalità è un fenomeno preoccupante nel nostro Paese. Tra i Paesi industrializzati, l'Italia è quello in cui si fanno meno figli. Tuttavia, sia chiaro: il calo delle nascite non si contrasta favorendo gravidanze in età avanzata. Ormai si pensa che con le tecnologie di oggi si possono fare figli anche dopo i 50 anni. Un messaggio sbagliato perché queste gravidanze comportano un rischio serio per la salute materna. Bisogna intervenire», commenta Elsa Viora, past president di Aogoi, l'Associazione ostetrici ginecologi ospedalieri italiani che a fine dicembre ha visto gli specialisti riuniti a Milano. Specialisti che hanno deciso di organizzare subito iniziative per provare a cambiare rotta. E bisogna fare presto dal momento che il numero medio di figli per donna è sceso a 1,25 contro l'1,44 degli anni 2008-2010.

«Eliminare le cause di questo fenomeno non è compito di noi ginecologi - aggiunge Viora - ma quello che possiamo fare è cercare di promuovere iniziative per la tutela della salute della donna, pensare a una strategia di comunicazione, informare su stili di vita adeguati da adottare se si vuole diventare genitori e, soprattutto, far capire alle donne che i figli si fanno in età giovane».

## IL CASO

Se all'inizio del millennio, il calo della na-

talità riguardava soprattutto i figli successivi al primo, adesso i dati dimostrano che le coppie, soprattutto le più giovani, hanno difficoltà anche a formare una nuova famiglia.

Tra le cause del calo dei primi figli, dal punto di vista sociale-economico, c'è la prolungata permanenza dei giovani nella famiglia di origine, a sua volta dovuta al protrarsi dei tempi della formazione, le difficoltà a entrare nel mondo del lavoro, l'instabilità del lavoro stesso, le difficoltà a trovare casa. Ma, al tempo stesso, non può essere dimenticata la continua crescita delle coppie infertili. Una su cinque. Per abitudini di vita, malattie trascurate, prevenzione ignorata.

Il fumo, l'obesità o l'eccessiva magrezza, diverse sostanze ambientali, la sedentarietà e perfino l'eccessiva attività fisica sono alcuni tra i principali fattori di rischio modificabili, capaci di influenzare la salute sessuale e riproduttiva. Per alcune cause si può intervenire con diagnosi tempestive, cure farmacologiche e terapie adeguate, ma anche con la prevenzione e l'informazione.

Le cause più frequenti di infertilità, sia maschile che femminile, sono rappresentate dalle infezioni sessualmente trasmesse. Tra le donne sono aumentate alterazioni tubariche, malattie infiammatorie pelviche, fibromi uterini, endometriosi, alterazioni ormonali e ovulatorie.

Tra gli uomini gli andrologi hanno rilevato condizioni, sono sempre più diffuse, che alterano la produzione ormonale, riducono il testosterone e modificano la struttura e la funzione del testicolo, come varicocele, criptorchidismo, malformazioni genitali, infiammazioni testicolari, patologie prostatiche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

GLI SPECIALISTI:  
«LA TECNOLOGIA  
NON RISOLVE TUTTO:  
I FIGLI SI FANNO  
DA GIOVANI  
NON A 50 ANNI»

SFERE SESSUALE  
E RIPRODUTTIVA COLPITE  
DA ALTERAZIONI  
NUOVO PIANO  
DI INFORMAZIONE  
E PREVENZIONE



## «PROTEINE E CURIOSITÀ PER UNA VITA LUNGA, ATTIVA E SANA»



Il geriatra Roberto Bernabei, presidente di "Italia Longeva": «Esistono solo due pillole magiche sia per l'uomo sia per la donna e sono l'esercizio fisico costante e una dieta adeguata. E l'attività sessuale non ha una scadenza»

**BARBARA CARBONE**

**L'**

Italia, insieme a Germania e Giappone, è il Paese più vecchio del mondo: gli over 70 sono 9 milioni, i centenari oltre 20mila. Invecchiare è sempre

comunque un dono, eppure i passare degli anni incute non poche paure. Si temono acciacchi e solitudine e solo in pochi riescono ad accogliere la fatidica "terza età" come un'opportunità. Eppure invecchiare bene è possibile. Lo spiega il geriatra Roberto Bernabei, per oltre tre vent'anni alla guida del dipartimento Scienze dell'invecchiamento alla Fondazione Policlinico Gemelli, e oggi presidente di "Italia Longeva", Associazione nazionale per l'invecchiamento e la longevità attiva

**Professore Bernabei, quando si diventa vecchi?**

«Quando i tuoi figli, guardandoti, pensano: papà o mamma è più lento dell'ultima volta che l'ho visto, si muove con improvvisa cautela. Il passo è meno agile e spedito. Camminare non è solo un fatto fisico, ma mentale. Questo fenomeno è un po' la cartina di tornasole dell'inizio della decadenza fisica. C'è da dire che questo momento si sposta sempre più in là, più o meno oggi intorno a 75 anni. Trent'anni fa la soglia era a 70 anni o anche prima.»



## Ci sono altri campanelli d'allarme?

«Certamente quando si smette di aver voglia di conoscere, crescere ed essere educabile. Quando non si vuol più imparare. Nell'educarti c'è invece la capacità di apprendere cose nuove, la curiosità per la vita».

## Invecchiano meglio le donne e gli uomini?

«Le donne invecchiano di più perché sono più longeve non stante abbiano più acciacchi. Gli uomini vivono meno a lungo e, conseguentemente, hanno minori probabilità di essere esposti a patologie. In Italia

novantenni sono 830mila, 17 i super centenari, i 110enni. Prevalentemente donne».

## Qual è oggi l'aspettativa di vita?

«In media 85 anni per le donne e 82 per gli uomini».

## Quali controlli medici sono necessari dopo una certa età?

«Ci sono check standardizzati consigliati per entrambi i sessi a partire dai 40 anni. Le donne, poi, devono effettuare controlli ginecologici, della mammella e dell'apparato cardiovascolare. Gli uomini dovranno effettuare periodicamente controlli della prostata. Ed è evidente che vanno effettuati esami mirati rispetto alla storia di ciascuno, alla familiarità per alcune malattie. Poi si è aperto un enorme capitolo che attiene al genoma: con la tipizzazione è possibile avere un'idea dei possibili rischi genetici ai quali si può andare incontro. È quella che si chiama la clinica dei sani».

## A che età termina la vita sessuale di un individuo?

«In realtà mai. Per l'uomo è tutto cambiato dall'avvento della pillola blu. Un settantenne ha

oggi, comunque, le stesse prestazioni di un cinquantenne in tutti gli ambiti, sessuale incluso. Le donne ultrasettantenni hanno anch'esse performance psicofisiche generali sovrapponibili alle cinquantenni, ma hanno problematiche legate alla secchezza delle mucose che però possono essere gestite dal ginecologo».

## Trattamenti antiaging e integratori possono darci una mano a ridurre i segni del tempo?

«Esistono solo due "pillole" magiche sia per l'uomo sia per la donna, e sono l'esercizio fisico costante, 5 o 6 km al giorno fatti a passo veloce, e una dieta adeguata. Ci si dimentica poi di assumere il giusto quantitativo di proteine. La vecchiaia si caratterizza con la riduzione della massa muscolare e il corpo ha bisogno di assumere proteine per sostenerla. Bisognerebbe mangiarne almeno 1 grammo per chilo. Quindi un individuo di 70 chili deve mangiare almeno 70 grammi di proteine al giorno».

## Quanto la psiche condiziona la qualità della vita degli anziani?

«Molto. Penso al pensionamento. Un 70enne ha ancora, come dicevo, tutte le caratteristiche fisiche e cognitive per continuare a lavorare. Abbiamo tutti una ventina di anni supplementari da vivere dopo il pensionamento ma arriviamo impreparati, con il rischio di cadere in depressione o di una vita vuota. Bisogna continuare ad avere degli obiettivi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

«CHECK STANDARDIZZATI A SECONDA DEL GENERE E CONTROLLI MIRATI, IN CASO DI FAMILIARITÀ, DAL GENOMA IL RISCONTRO SUI POSSIBILI RISCHI»



**PNCAR 2017-20*****Più igiene  
per le mani  
e prevenzione***

Arriva sul tavolo della Conferenza Stato Regioni la bozza di intesa tra Governo, Regioni e province autonome sui criteri di riparto del finanziamento per gli interventi di sostegno all'implementazione del Piano Nazionale di contrasto all'antibiotico resistenza (PNCAR) 2017-2020.

Il Piano, adottato per la prima nel 2017 e poi prorogato per tutto il 2021, ha come obiettivo quello di contrastare lo sviluppo del fenomeno dell'antibiotico-resistenza che si basa sulla capacità dei batteri nel resistere ai farmaci antibiotici normalmente impiega-

ti per contrastarli.

Quindi, al fine di risolvere il problema, il provvedimento stanziava 40 milioni di euro che saranno suddivisi fra le Regioni e le Province autonome sulla base della popolazione residente al 1° gennaio 2022 per poi essere erogate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze entro 90 giorni dall'approvazione dell'Intesa.

Il finanziamento servirà a realizzare una serie di interventi riguardanti sia il settore umano che quello veterinario. Tra questi, secondo quanto previsto dal Piano, ci sono i programmi per la prevenzione da infezio-

ni; i programmi per migliorare l'igiene delle mani nelle strutture assistenziali; i programmi per la sorveglianza dei residui di antibiotici negli alimenti di origine animale; le azioni per implementare le sorveglianze sul fenomeno dell'antibiotico-resistenza; interventi per migliorare l'appropriatezza prescrittiva; i corsi di formazione per il personale sanitario, allevatori, veterinari e prescrittori di antimicrobici e, infine, le campagne di informazione sull'uso consapevole degli antibiotici.

**Pasquale Quaranta**

-----© Riproduzione riservata -----■



# «Il vino nuoce alla salute» La mossa Ue allarma l'Italia

## IL CASO

**ROMA** «Bere alcol provoca malattie del fegato». «Esiste un legame diretto tra alcol e tumori mortali». Ecco alcune delle frasi che presto potremmo leggere sulle etichette delle bottiglie di vino, birra e di altri alcolici venduti in Irlanda, come già avviene sui pacchetti di sigarette. Un precedente che potrebbe essere seguito da altri paesi del Nord Europa, dove l'alcolismo è un grave problema sociale, e - quel che è peggio - imposto nel resto dell'Unione. Si tratta però di vero e proprio terrorismo, perché una cosa è il consumo consapevole, un'altra l'abuso. Il vino - spiegano gli esperti - contiene principi attivi che riducono l'invecchiamento cellulare e altri effetti negativi. Inoltre aiuta a mantenere l'equilibrio dei processi infiammatori.

Fatto sta che il parlamento irlandese è in procinto di approvare una legge (Public Health Alcohol Labelling Regulations) per imporre l'obbligo di riportare sulle etichette indicazioni relative al cancro, alle donne in gravidanza e alle malattie del fegato. Ancora una volta sul banco degli imputati finisce però Bruxelles. La Commissione Europea ha infatti lasciato scadere i termini per opporsi alla decisione di Dublino. E, quel che è peggio, è successo ben due volte: il 22 settembre e poi il 22 dicembre.

## IL FRONTE DEL NO

A rischio, per quanto riguarda l'Italia, c'è un mercato che, come ricorda Luigi Scordamaglia, consigliere delegato di Filiera Italia, «vale 14 miliardi di euro con oltre il 70% di etichette Docg, Doc e Igt e che dà lavoro a 1,3 milioni di persone».

Ad opporsi, non sono però solo i produttori italiani, ma quelli di ben nove Paesi europei, compresi i nostri maggiori competitor Francia e Spagna. La contrarietà dei nove Stati era stata formalizzata in primavera all'indomani della

decisione irlandese di adottare la cosiddetta procedura Tris (regolamento Ue 2015/1535) che mira a prevenire l'insorgenza di ostacoli prima che si concretizzino. Gli Stati membri, in pratica, notificano i loro progetti alla Commissione, che in questo caso ha lasciato scadere sia il primo termine di tre mesi, che la successiva moratoria, dando col suo silenzio-assenso il semaforo verde all'Irlanda. Un atteggiamento contestato da molti parlamentari europei, a partire dal presidente della Commissione Affari Costituzionali Salvatore De Meo (Forza Italia-Ppe) che parla di «scelta discutibile oltre che di un precedente molto pericoloso». «Sorprende - ha dichiarato Paolo De Castro (Pd-Se) - come la Commissione non prenda minimamente in considerazione la posizione approvata a larghissima maggioranza dal Parlamento Ue che, nella risoluzione sulla lotta contro il cancro a febbraio aveva categoricamente escluso l'introduzione di sistemi di etichettatura sanitari».

«Noi - ha più volte affermato il ministro all'agricoltura Francesco Lollobrigida - continuiamo a lavorare per difendere i nostri prodotti contro l'introduzione di sistemi di etichettatura fuorvianti e dannosi che eliminano l'elemento della qualità come metodo di discernimento di un prodotto».

Le notizie arrivate ieri da Bruxelles a proposito della fuga in avanti irlandese sono state una vera e propria doccia fredda. L'Irlanda, non avendo ancora ottenuto l'autorizzazione dell'Organizzazione mondiale del commercio, dovrà comunque attendere. La normativa, infatti, potrebbe rappresentare una barriera commerciale a livello internazionale. Certo, stupisce che a riporre speranza nella decisione che entro 60 giorni dovrà adottare a Ginevra il Wto (World Trade Organization) siano adesso Paesi fortemente europeisti come Italia, Francia e Spagna in una sorta di contenzioso contro il colpevole silenzio europeo. Durissime le reazioni del fronte produttivo italiano. «Parti-

colamente preoccupato per la deriva proibizionistica che il settore vitivinicolo europeo sta affrontando», è Massimiliano Giansanti, presidente di Confagricoltura, secondo cui «occorre contrapporre a queste decisioni l'evidenza che è solo l'abuso di alcol, e non il consumo moderato, a poter determinare effetti nocivi sulla salute».

## LO SCENARIO

«È del tutto improprio - ha affermato il presidente della Coldiretti Ettore Prandini - assimilare l'eccessivo consumo di superalcolici, tipico dei Paesi nordici, al consumo moderato e consapevole di prodotti di qualità ed a più bassa gradazione come la birra e il vino che in Italia è diventato l'emblema di uno stile di vita lento, attento all'equilibrio psico-fisico che aiuta a stare bene con se stessi, da contrapporre all'assunzione sregolata di alcol». Per la Cia-Agricoltori italiani, «è sconcertante lo scenario che si va delineando, con una mossa che sdogana l'autonomia decisionale dei singoli Paesi Ue e compromette il lavoro fatto fino ad ora a livello comunitario nell'ambito del Cancer Plan, proprio a tutela della salute dei cittadini». «I fatti di oggi - secondo Lamberto Frescobaldi, presidente di Unione Italiana Vini - segnano uno scenario paradossale e ingovernabile, fatto di una babele di etichette all'interno dell'Unione europea che, purtroppo, non risolvono il problema dell'alcolismo, che dovrebbe essere basato su un approccio responsabile nei consumi di prodotti molto diversi tra loro». La decisione irlandese è «unilaterale, discriminatoria e sproporzionata perché non distingue tra abuso e consumo e criminalizza prodotti della nostra civiltà mediterranea», denuncia Micaela Pallini, presidente Federvini.

**Carlo Ottaviano**



# Spoletto, l'ospedale fantasma: l'ex presidio anti-Covid in Umbria resta "dimezzato"

**A**vrebbe dovuto riaprire tale e quale al termine dell'emergenza sanitaria. Invece l'ospedale di Spoleto, che nell'ottobre del 2020 era stato trasformato in presidio Covid, di fatto non c'è più. Al suo posto una struttura ospedaliera deputata solo alla chirurgia programmata e alla geriatria, e privata del servizio di urgenza e di reparti come cardiologia, pediatria, ostetricia e ginecologia. Soppresso anche il Punto nascite, nonostante nell'ultimo anno di apertura, il 2019, abbia registrato 498 parti, due soli in meno della soglia prevista dal ministero della Salute per mantenere l'operatività. "Presenteremo un esposto nei prossimi giorni - dice Thomas De Luca, consigliere regionale M5S -. La documentazione presentata dalla Regione al ministero è ampiamente incompleta, anche per quanto riguarda l'analisi dei flussi delle partorienti. Inoltre il parere ministeriale non è vincolante, vale la discrezionalità della giunta regionale". L'ospedale, oltretutto alla città di Spoleto, serviva tutta la Val Nerina, un territorio di oltre 60 mila abitanti. Ora i cittadini devono rivolgersi agli ospedali di Foligno, Terni o Perugia. E per raggiungerli occorrono anche 90 minuti di auto. Troppo tempo per chi ha necessità di un intervento immediato. Il 12 ottobre 2022, un bimbo è nato morto all'ospedale di Foligno. La

mamma era partita da Cascia in ambulanza. E Cascia dista da Foligno 70 chilometri. "Una tragedia che si sarebbe forse potuto evitare", spiega Enzo Ercolani, ex primario della Rianimazione di Spoleto. Eppure la giunta regionale (Lega, FI, FdI), guidata dalla leghista Donatella Tesi, aveva promesso la riapertura. Per poi cambiare idea, alla fine dello scorso anno, e annunciare la riconversione a struttura per gli interventi programmati. Questo nonostante rimangano in piedi i Punti nascite di altre località, come Orvieto, che storicamente hanno sempre avuto meno parti di quelli che avvenivano all'ospedale di Spoleto. "Una struttura che è sempre stata, tra l'altro, un punto di riferimento a livello regionale, per il modello di assistenza all'avanguardia", prosegue De Luca. La protesta - anche del sindaco Pd di Spoleto, Andrea Sisti - intanto aumenta. Oggi è previsto un consiglio comunale straordinario, aperto a tutte le associazioni (raccolte nel comitato CityForum), che chiedono la riapertura dell'ospedale.

**NATASCIA RONCHETTI**



*La politica*

## Cgil: "Mancano 10 mila medici" Le soluzioni dei candidati

de Ghantuz Cubbe ● a pagina 2



**MALASANITÀ**

# Negli ospedali del Lazio mancano 10 mila medici Valeria, via all'inchiesta

Indagine in procura sulla 27enne morta di meningite dopo essere stata visitata sette volte  
La denuncia della Cgil: "Stop alla precarizzazione selvaggia. Servono subito le assunzioni"

di Marina de Ghantuz Cubbe

La procura apre un'inchiesta sulla morte di Valeria Fioravanti. I pm di piazzale Clodio puntano a fare chiarezza sulla morte 27enne. La ragazza impiegata di Aeroporti di Roma, mamma di una bimba di un anno, è scomparsa il 10 gennaio per una meningite diagnosticata in ritardo, dopo aver effettuato sette accessi in quattro diversi ospedali nell'arco di 15 giorni. Quando ormai, come ha raccontato ieri *Repubblica*, la giovane versava in condizioni gravissime.

Il sostituto procuratore Margherita Pinto ha avviato un'indagine

per omicidio colposo, al momento contro ignoti, e già oggi gli inquirenti potrebbero nominare un consulente medico-legale. La salma della giovane è stata messa intanto sotto sequestro, all'obitorio del Verano, ed è a disposizione dell'autorità giudiziaria. Alle indagini della procura si affiancheranno quelle assicurate dall'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato: «È in corso un audit specifico che sarà molto serio e puntuale. Sarà reso noto per capire quali sono le motivazioni e se sono stati seguiti tutti i protocolli clinici e assistenziali».

Il caso di Valeria è scoppiato in una situazione in cui medici, infer-

mieri e tutti gli altri professionisti della sanità sono troppo pochi o sono troppo precari. In tutta la regione «mancano 10 mila unità e servono altrettante assunzioni nei prossimi due anni», denuncia la Cgil di Roma e del Lazio. Il sindacato, dati alla mano, parla di una precarizzazione selvaggia aumentata negli ultimi 20 anni dell'87%. Nello stesso arco di tempo sono diminuiti del 12% i medici e la dirigenza nei servi-





zio sanitario: erano poco meno di 12.500 unità nel 2002, mentre nel 2022 sono diventate 10.850. In tanti, infine, sono prossimi alla pensione: secondo il sindacato Sumai Assoprof, il 55% dei medici del Lazio ha più di 55 anni, il 44% ne ha più di 60.

Per affrontare la problematica ogni candidato alle prossime regionali ha la sua ricetta: l'assessore alla Sanità Alessio D'Amato parla proprio di 10mila nuovi ingressi nei prossimi due anni «ma è assolutamente necessario che il governo Meloni tolga il tetto di spesa per le assunzioni, altrimenti è possibile farne solo 6 mila». È la stessa richiesta del sindacato che prima dell'approvazione della manovra di Bilancio ha scioperato contro i pochi fondi per il servizio sanitario nazionale.

Per la candidata del M5S Donatel-

la Bianchi quella della sanità «è una sfida decisiva, un punto qualificante per garantire ai cittadini la fruizione del diritto alla salute. Il nostro impegno sarà quello di rafforzare le articolazioni sanitarie territoriali» anche attraverso «la complementarità del privato con il pubblico». E non viceversa. Nel suo programma elettorale (verrà presentato oggi) ci sono la sperimentazione di percorsi assunzionali pubblici di giovani medici, un piano assunzionale per la stabilizzazione del personale precario assunto in fase di emergenza pandemica e, tra le altre proposte, la gestione centralizzata dei servizi, delle prestazioni, degli investimenti e dei concorsi per il reclutamento del personale delle aziende sanitarie locali.

Da giorni invece Francesco Rocca insiste sulla necessità di azzera-

re le liste di attesa per le visite specialistiche, un obiettivo che vuole portare a termine «entro i primi 12 mesi di governo centralizzando e quindi ottimizzando le richieste del Recup, inserendo nel sistema anche le strutture del privato convenzionato».

**Aperto un fascicolo per omicidio colposo  
Parlano i candidati alle Regionali: "Così si esce dalla crisi"**



**L'assessore Alessio D'Amato, titolare della Sanità del Lazio, ha aperto un'inchiesta interna sulla morte di Valeria Fioravanti**



# «Mia figlia Valeria morta dopo tre visite in ospedale Ora vogliamo giustizia»

Roma, il padre della 27enne. Il decesso per meningite e l'inchiesta

**ROMA** «Vogliamo la verità, non solo su come Valeria abbia contratto la malattia, ma anche su chi avrebbe dovuta diagnosticarla e invece l'ha mandata via. Vogliamo giustizia per Valeria». Stefano, il papà della 27enne morta per una meningite batterica dopo essere stata visitata e dimessa da tre diversi ospedali romani non ha dubbi. Andrà fino in fondo alla vicenda di malasanità che purtroppo ha colpito la sua famiglia. Il primo atto è stato presentare una denuncia in questura, e quindi incaricare degli avvocati per esaminare la documentazione clinica, a cui la Procura di Roma ha dato seguito aprendo un fascicolo d'inchiesta per omicidio colposo per colpa medica, al momento contro ignoti. Mentre la Regione Lazio «ha disposto un audit per ricostruire quanto accaduto nei diversi ospedali di Roma — ha spiegato l'assessore regionale alla Sanità, Alessio

D'Amato — ma ci vorrà qualche giorno».

Il calvario della giovane Valeria Fioravanti, dipendente di Aeroporti di Roma nel settore della security e da quasi 16 mesi mamma della piccola V., avuta con il compagno Fabrizio, inizia il giorno di Natale. A ripercorrere tutta la vicenda è suo papà: «Valeria aveva scoperto di avere un ascesso, una cisti sotto l'ascella destra, forse causata da un pelo. Era al lavoro quando l'hanno portata al pronto soccorso del Campus Bio-Medico. Lì le hanno praticato un'incisione e le hanno messo dei punti di sutura — ricorda —. Ma due giorni dopo la ferita si è infettata e le faceva male, per questo l'abbiamo portata al Policlinico Casilino (è il 29 dicembre, ndr) dove l'hanno medicata e rimandata a casa».

Ma neanche questo serve per aiutare Valeria. «Una volta tornati, ha cominciato a stare

male veramente: mal di testa e alla spalla. Finché non ha cominciato a contorcersi dai dolori. Allora siamo tornati ancora una volta al pronto soccorso, dove mia moglie Tiziana ha insistito per una visita più approfondita. Ma il personale ha minacciato di chiamare i carabinieri. E siamo andati via».

Nonostante la prescrizione e l'uso di antinfiammatori, le condizioni della giovane donna continuano a peggiorare, così i familiari il 4 gennaio la portano al pronto soccorso del San Giovanni. «Qui le fanno una tac, da cui si evidenzia una protrusione alla colonna vertebrale — prosegue —. Ancora antinfiammatori e stavolta anche un collare. Ma la mattina dopo Valeria non parlava più e se lo faceva diceva cose senza senso». L'infezione l'aveva ormai invasa e a poco è valsa l'intuizione della dottoressa del San Giovanni che è arrivata alla diagnosi

corretta che, se fatta in modo tempestivo, avrebbe potuto salvare la vita alla giovane. «Tornati per l'ennesima volta in ospedale le hanno fatto un prelievo da far analizzare allo Spallanzani e si è scoperto che era meningite».

Il resto è accaduto velocemente e inesorabilmente. «Valeria è stata intubata e trasferita al Gemelli in terapia intensiva. La mattina seguente i medici ci hanno detto che per lei non c'era più niente da fare». Era troppo tardi. Due giorni fa è morta. Quel tempo perso tra una diagnosi errata e un'altra le è stato fatale. Se questa è la verità, potrà emergere dall'esame medico legale che verrà effettuato al Policlinico Umberto I.

**Clarida Salvatori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Neo mamma**  
Aveva una bimba di 16 mesi. Il calvario è iniziato il giorno di Natale con un ascesso

## La vicenda

● Valeria Fioravanti, 27 anni, neo mamma, è morta l'altro giorno a Roma per una meningite batterica che non le era stata diagnosticata

● La donna è deceduta dopo un lungo calvario iniziato il giorno di Natale con l'intervento per un ascesso al Campus Bio-Medico della Capitale

● Due giorni dopo ha cominciato ad accusare dei forti mal di testa. Nonostante sette visite in tre ospedali nessuno dei sanitari è riuscito a fare una corretta diagnosi in tempo per salvarla



**Vittima**  
Valeria Fioravanti, 27 anni, era mamma di una bambina di quasi 16 mesi

