



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**24 Gennaio 2023**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

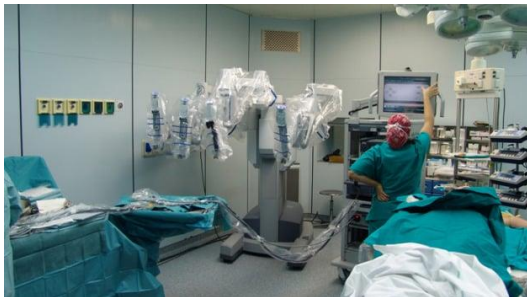


Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Pochi nefrologi, cure a singhiozzo e ritardi per trapianti



(ANSA) – ROMA - Per il blocco del turnover in Italia mancano almeno 350 nefrologi; ciò sta mettendo in difficoltà le Nefrologie di tutta Italia, ma soprattutto si sta ripercuotendo sulla salute dei malati di reni che spesso vedono peggiorare la propria patologia a causa di un'assistenza insufficiente. È l'allarme che arriva dai nefrologi nel corso del convegno "FIRmamento della Nefrologia del Lazio", promosso dalla Fondazione Italiana del Rene (Fir). Gli effetti dell'insufficiente numero di specialisti sono numerosi: "Un paziente seguito bene a livello ambulatoriale ha molte possibilità di prevenire o ritardare la dialisi", ha spiegato il presidente Fir Massimo Morosetti. "Il paradosso è che oggi abbiamo farmaci che permettono di ritardare l'ingresso dei pazienti in dialisi, ma non abbiamo professionisti a sufficienza per seguire i pazienti a cui vanno prescritti". La situazione è seria anche se si guarda all'offerta di assistenza ospedaliera: "oltre ad una riduzione assoluta dei posti letto, in molti casi i posti assegnati non sono attivati per problemi di personale o di spazi. Molti centri di dialisi hanno difficoltà nel garantire le attività per mancanza di medici specialisti", ha aggiunto Morosetti. Intanto crescono anche le difficoltà legate ai trapianti: "Il tempo medio prima di esser messo in lista d'attesa per ricevere un rene è di 12 mesi per fare tutti gli accertamenti", ha detto Roberto Costanzi, presidente dell'Associazione Malati di Reni. Una volta entrati in lista d'attesa, il problema diventa la disponibilità insufficiente di organi: "In Italia la lista d'attesa per un rene include più o meno stabilmente 6.500



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

persone, e quindi i 2mila trapianti che riusciamo a fare ogni anno non soddisfano il fabbisogno per il trattamento delle insufficienze renali terminali", ha spiegato Massimo Cardillo, direttore generale del Centro Nazionale Trapianti. "Abbiamo due strade da percorrere, entrambe con eguale convinzione. La prima è quella di promuovere il più possibile la cultura della donazione, chiedendo ai cittadini di dare il consenso al prelievo dopo la morte. La seconda strada è il trapianto di rene da donatore vivente, che deve diventare una soluzione di routine", ha concluso Cardillo.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# GIORNALE DI SICILIA

## Malattie renali per 6 mln italiani, mancano 350 specialisti

Taglio dei posti letto ospedalieri per persone con malattie renali, pochissima dialisi al domicilio, nefrologi utilizzati per coprire turni in altri reparti, ambulatori nefrologici territoriali chiusi. Tutto questo sta portando la cura delle malattie croniche dei reni ad essere un settore in sofferenza, in cui mancano almeno 350 specialisti, a causa di problemi di programmazione e blocco del turnover. Questo è il grido di allarme che arriva dai nefrologi, riuniti al convegno promosso dalla Fondazione Italiana del Rene (Fir), che ha visto a confronto clinici, amministratori e pazienti per fare il punto sulle sfide nel post pandemia. Circa 6 milioni di persone in Italia soffrono di malattia renale e il loro numero cresce insieme all'aumento di ver 75 anni e alla diffusione di condizioni di rischio come ipertensione, obesità e diabete. "Un paziente seguito bene a livello ambulatoriale ha molte possibilità di prevenire o ritardare la dialisi e questo evita al malato il disagio di andare tre volte a settimana in ospedale per un 'lavaggio del sangue' e fa risparmiare risorse. Il paradosso è che oggi abbiamo farmaci che permettono di ritardare l'ingresso dei pazienti in dialisi, ma non abbiamo professionisti a sufficienza per seguirli", spiega Massimo Morosetti, presidente Fir. Alla base, problemi di programmazione, di organizzazione e una scarsa attenzione al tema, schiacciato dalla pandemia. "Molti centri di dialisi - prosegue Morosetti - hanno difficoltà nel garantire le attività per mancanza di specialisti: abbiamo circa 2.800 nefrologi in servizio in Italia nella sanità pubblica, ne mancano almeno 350. Sono aumentate le borse di specializzazione ma i benefici li vedremo tra 4 anni, mentre nel frattempo vanno in pensione senza ricambio generazionale". Stenta a prendere piede la dialisi a domicilio, che in Italia non supera il 10% a fronte del 40% di altri paesi, mentre Lazio è al 7%. "Farla a casa - spiega Roberto Costanzi, presidente Associazione Malati di Reni - permette al Servizio sanitario di risparmiare ma i contributi regionali per farla non bastano a coprire i costi sostenuti delle famiglie".



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

**Cnt, in Italia 2.000 trapianti rene l'anno, 6.500 in attesa**

Nonostante il trapianto di reni porti a un risparmio di risorse rispetto alla dialisi, oltre a migliorare la qualità di vita dei pazienti, i tempi di attesa sono ancora molto lunghi. "In Italia la lista d'attesa per un rene include più o meno stabilmente 6.500 persone, e quindi i 2mila trapianti che riusciamo a fare ogni anno non soddisfano il fabbisogno per il trattamento delle insufficienze renali terminali". Lo ha spiegato Massimo Cardillo, direttore generale del Centro Nazionale Trapianti, intervenendo al convegno organizzato a Roma dalla Fondazione italiana del Rene (Fir). Due le strade da percorrere. "La prima - ha detto Cardillo - è quella di promuovere il più possibile la cultura della donazione, chiedendo ai cittadini di esprimere in vita il consenso al prelievo dopo la morte. In media oltre 30% di chi si esprime lo fa con una opposizione, e questo è un problema che si supera con la corretta informazione. La seconda strada è il trapianto di rene da donatore vivente, che deve diventare una soluzione di routine e, nei casi che lo consentono, la prima opzione per chi ancora non inizia la dialisi. Nel resto d'Europa ci sono Paesi che hanno raggiunto livelli ragguardevoli". "Il Lazio ha una rete trapiantologica eccellente, ma il livello di donazioni è da migliorare: abbiamo un 33% di opposizioni, più alta della media nazionale", ha spiegato Mariano Feccia, Direttore del Centro Regionale Trapianti Lazio. L'emodialisi dovrebbe essere il piano B rispetto al trapianto. "Ma il tempo medio prima di esser messo in lista d'attesa per ricevere un rene, in alcune regioni come il Lazio è di 12 mesi", precisa Massimo Morosetti, presidente Fir. Dal punto di vista dell'assistenza, inoltre, conclude Morosetti, "manca in Italia la strutturazione e il riconoscimento di Reti regionali di Nefrologia per collegare i centri di dialisi con le strutture ospedaliere, nell'ottica di un'organizzazione hub and spoke, come per infarto e ictus. Questo percorso, ad oggi, è lasciato alla buona volontà del professionista".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

# quotidiano**sanità**.it

## Malattie renali. Sistema di cure a rischio tra taglio posti letto in nefrologia, ambulatori chiusi e carenza di specialisti. L'allarme di nefrologi e associazioni

***Manca inoltre una Rete nefrologica strutturata con Hub and Spoke in tutte le Regioni. Morosetti (Fondazione Italiana del Rene): "Per blocco turnover e scarsa programmazione mancano 350 nefrologi in Italia". Costanzi (Associazione Malati di Reni): "Poca dialisi a domicilio e troppi mesi per essere immessi in lista d'attesa per trapianto". Cardillo (Cnt): "Aumentare trapianti da vivente per velocizzare tempi"***



Taglio dei posti letto ospedalieri per persone con malattie renali, pochissima dialisi al domicilio, nefrologi utilizzati per coprire turni in altri reparti, ambulatori nefrologici territoriali chiusi per carenza di specialisti dopo anni di blocco del turnover. E lunghe attese per ottenere un trapianto. È uno scenario a tinte fosche quello della cura delle malattie croniche dei reni che si mostra sempre di più come un settore in sofferenza. A lanciare l'allarme i nefrologi, riuniti al convegno "FIRmamento della Nefrologia del Lazio", l'evento promosso dalla **Fondazione Italiana del Rene (FIR)**, che ha visto a confronto clinici, amministratori e pazienti per fare il punto sulle sfide e le criticità nel post pandemia ed anche presentare proposte al



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Governo, quali più posti letto Degenza Nefrologia, una diversa remunerazione dei trattamenti dialitici nelle lungodegenze, la realizzazione di una Rete nefrologica con Hub and Spoke in tutte le regioni, la presenza di nefrologi al tavolo della programmazione sanitaria e più risorse umane. Infine, un più facile accesso ai trapianti di rene, sia velocizzando l'immissione in lista d'attesa che potenziando la donazione degli organi. Circa il 10% della popolazione adulta, ovvero 6 milioni di persone in Italia, soffre di malattia renale, e la diffusione di questa condizione è sempre maggiore a causa dell'aumento di persone over 75 anni e della maggior diffusione di condizioni di rischio come ipertensione, obesità e diabete. "Un paziente seguito bene a livello ambulatoriale ha molte possibilità di prevenire o ritardare la dialisi e questo evita al malato il disagio di andare tre volte a settimana in ospedale per esser sottoposto a dialisi cioè un 'lavaggio del sangue', ma aiuta anche il sistema sanitario a risparmiare risorse. Il paradosso è che oggi abbiamo farmaci che permettono di ritardare l'ingresso dei pazienti in dialisi, dall'altro non abbiamo professionisti a sufficienza per seguire i pazienti a cui vanno prescritti", spiega **Massimo Morosetti**, Presidente della Fondazione Italiana del Rene (FIR). Alla base, problemi di programmazione, problemi di organizzazione e in generale una scarsa attenzione al tema, schiacciato come tante altre malattie croniche, dalla pandemia COVID-19.

**Mancano 350 nefrologi.** In tema di programmazione, uno dei nodi è il Decreto Ministeriale 70 sugli standard ospedalieri. "Oggi per la nefrologia la legge è applicata in modo disomogeneo: oltre ad una riduzione assoluta dei posti letto, in molti casi i posti assegnanti non sono attivati per problemi di personale o di spazi. Molti centri di dialisi – prosegue Morosetti – hanno difficoltà nel garantire le attività per mancanza di medici specialisti: abbiamo circa 2.800 nefrologi in servizio in Italia nella sanità pubblica, ne mancano almeno 350. Da quest'anno è aumentato il numero di borse di specializzazione ma i benefici li vedremo tra 4 anni, alla fine del percorso di formazione, mentre nel frattempo moltissimi stanno andando in pensione senza un ricambio generazionale, perché il blocco del turnover ha colpito anche la nefrologia, come molte altre aree. Le strutture si impoveriscono anno dopo anno".

**Il problema è trasversale a molte regioni.** Nel Lazio, dopo anni di Piano rientro e pandemia si sta perdendo il vantaggio: sono circa 340 i nefrologi in servizio nelle 24 nefrologie di strutture sanitarie pubbliche. Ne servirebbero 100 in più per dare risposte ai circa 100.000 pazienti che insistono nel territorio. Inoltre, quelli che ci sono, non di rado vengono utilizzati anche per coprire carenze in altre aree mediche.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

“Questo sta portando alla chiusura di ambulatori e al taglio di posti letto nei reparti di nefrologia. Con maggiore mortalità per la mancata presa in carico dello specialista”, precisa Morosetti.

**Difficoltà per la dialisi.** “La dialisi costa in media 225 euro a seduta e ogni paziente ne fa 13 al mese per 12 mesi l’anno, per una spesa media di oltre 35.000 a paziente l’anno. A questo bisogna aggiungere le spese del trasporto in ospedale (da pulmini e autoambulanze dedicate) che possono costare per una Asl medio grande circa 1,8 milioni di euro l’anno”, precisa Morosetti. A fronte di questo la dialisi a casa del paziente è un’opzione ancora rara. La dialisi peritoneale (che ha tecnica diversa ma effetti sovrapponibili alla emodialisi fatta in ospedale) in Italia non supera il 10% a fronte del 40% di altri paesi, mentre Lazio solo il 7% fa dialisi domiciliare. “Farla a domicilio – spiega **Roberto Costanzi**, presidente dell’Associazione Malati di Reni – permette al Servizio sanitario regionale di risparmiare ma i contributi regionali per farla non bastano a coprire i costi sostenuti delle famiglie, andrebbero incrementati come alcune Regioni hanno già fatto”. Diffuso in molte regioni è il problema di anziani in dialisi che hanno bisogno di un posto in strutture di lungodegenza e non lo trovano perché, per queste strutture, il costo della dialisi è superiore a quanto viene rimborsato per il ricovero. “Quindi restano ricoverati in ospedale spesso per mesi, pesando molto di più sulla spesa sanitaria pubblica e occupando un posto inappropriatamente. Alcune regioni come la Lombardia e l’Emilia-Romagna hanno risolto prevedendo un rimborso ad hoc, ma altrove il problema persiste”, spiega Morosetti.

**Tempi lunghi per ricevere un trapianto.** Anche sul fronte dei trapianti abbiamo difficoltà: nonostante sia dimostrato come il trapianto porti a un risparmio di risorse rispetto alla dialisi, i tempi di attesa sono ancora molto lunghi. “L’emodialisi dovrebbe essere il piano B rispetto al trapianto. Ma il tempo medio prima di esser messo in lista d’attesa – aggiunge Costanzi - per ricevere un rene è di 12 mesi per fare tutti gli accertamenti, a causa di un’organizzazione della nefrologia a macchia di leopardo; nel Lazio un paziente in dialisi attende in media 18 mesi, con i conseguenti disagi. Altre regioni riescono ad essere più veloci”.

**Le associazioni e i clinici chiedono però anche più impegno nel promuovere** la legge che consente ai Comuni di inserire, al momento del rinnovo della Carta di Identità, la manifestazione di volontà alla donazione degli organi, scelta che, se non affrontata in vita viene demandata alle famiglie al momento della morte, mettendole davanti a scelta non facile. “Il Lazio, come altre regioni, - aggiunge Costanzi - non ha





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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

una legge che incentivi i comuni o che promuova la formazione per gli impiegati. Così molti pazienti vivono un'odissea per ricevere un trapianto. E non manca chi si mette in lista in altre Regioni”.

“In Italia – ha spiegato **Massimo Cardillo**, direttore generale del Centro Nazionale Trapianti – la lista d’attesa per un rene include più o meno stabilmente 6.500 persone, e quindi i 2mila trapianti che riusciamo a fare ogni anno non soddisfano il fabbisogno per il trattamento delle insufficienze renali terminali. Abbiamo due strade da percorrere, entrambe con eguale convinzione. La prima è quella di promuovere il più possibile la cultura della donazione, chiedendo ai cittadini di dare il consenso al prelievo dopo la morte. Ancora oggi in media oltre 30% di chi si esprime lo fa con una opposizione, e questo è un problema culturale che si supera solo con la corretta informazione. La seconda strada è il trapianto di rene da donatore vivente, che deve diventare una soluzione di routine e, nei casi che lo consentono, la prima opzione per chi ancora non inizia la dialisi. Nel resto d’Europa ci sono paesi che hanno raggiunto livelli ragguardevoli”.

“Il Lazio – ha spiegato **Mariano Feccia**, Direttore del Centro Regionale Trapianti Lazio – ha una rete trapiantologica eccellente, ma il livello di donazioni è da migliorare: abbiamo un 33% di opposizioni alla donazione mentre la media nazionale 28%. È da implementare attività di cultura della donazione. Accanto a questo, indubbiamente bisogna promuovere la donazione da vivente per il trapianto di rene. Inoltre, la creazione di una più stretta rete di collaborazione e coordinamento tra nefrologie-dialisi-centri trapianto rene porterebbe a ottimizzare i tempi di ingresso in lista di attesa”.

**Mancanza di una rete nefrologica.** Dal punto di vista dell’assistenza manca la strutturazione e il riconoscimento di Reti regionali di Nefrologia per collegare i centri di dialisi con le strutture ospedaliere, nell’ottica di un’organizzazione hub and spoke, così come accade per patologie come infarto e ictus. “Questo percorso, ad oggi, nella nefrologia, non è codificato – è emerso dai relatori che si sono alternati sul palco dell’evento – e lasciato alla buona volontà del singolo professionista. Nel Lazio era iniziata la realizzazione di RENOT, un progetto di aggiornamento dell’organizzazione delle Nefrologie e Dialisi, in un concetto di integrazione più moderno sul modello di RETE nefrologica (HUB-SPOKE). Va portata a termine per una migliore presa in carico del paziente”.



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

In tema di malattie renali, la Regione Lazio ha normativa più avanti di altre regioni già dal 1979: ha creato un Registro Regionale Pazienti renali, la Consulta dei primari nefrologi e prevede una Commissione regionale di vigilanza sull'emodialisi i cui compiti sono quelli di supportare le istituzioni sulle decisioni sulle patologie del rene. "La pandemia però - precisa Morosetti - ne ha fermato i lavori, non si è più riunita perché la priorità due anni e mezzo è stata combattere il Covid".

**Sulle proposte lanciate dalla Fir al Governo**, ha affermato **Paolo Trancassini** (Fdl), deputato in Commissione Bilancio e Questore della Camera: "Il mio impegno è quello di portare questi temi all'attenzione del Governo e accompagnare una delegazione a un incontro con il sottosegretario alla Salute **Marcello Gemmato**, che ha già dato la sua disponibilità ad avviare un tavolo di confronto sulle criticità di dialisi, trapianti e in generale della nefrologia, per rimettere in moto la macchina della sanità".



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Ora è ufficiale: revocato l'incarico di dirigente generale a Mario La Rocca

*In seguito a una delibera della giunta regionale e ai successivi decreti di Schifani e Volo. Lascerà la Pianificazione strategica il 14 febbraio 2023.*

24 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)

PALERMO. Ora è ufficiale: come [anticipato da Insanitas](#) nei giorni scorsi, **Mario La Rocca** non sarà più alla guida del Dipartimento per la pianificazione strategica. Il 20 gennaio, infatti, l'assessore alla Salute, **Giovanna Volo**, ha firmato il **decreto di revoca** dell'incarico di dirigente generale, rifacendosi a un precedente decreto del presidente della Regione, **Renato Schifani**, datato 12 gennaio e a sua volta in attuazione di una delibera del 9 gennaio della giunta regionale. La procedura è stata avviata anche per **gli altri dirigenti generali** della Regione in ossequio allo *spoil system*, tuttavia nel caso di La Rocca l'assessore Volo ha già annunciato che non sarà riconfermato alla guida di quel Dipartimento poichè ha superato il tempo massimo di permanenza nello stesso assessorato. Nel decreto si dà comunicazione di «*risolvere unilateralmente, ai sensi dell'art.44 del CCRL della dirigenza della Regione siciliana, il contratto individuale di conferimento di incarico dirigenziale dell'Ing. Mario la Rocca nella qualità di Dirigente Generale del Dipartimento Pianificazione Strategica a far data dal 14 febbraio 2023*».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Arnas Civico, il nuovo direttore sanitario è Gaetano Buccheri

*Prende il posto di Salvatore Requirez che è andato a dirigere il Dasoe dell'assessorato alla Salute.*



PALERMO. L'Arnas Civico ha un nuovo direttore sanitario: è **Gaetano Buccheri** (nella foto tratta da un'intervista di *TeleTermini*), classe 1958, laureato in Medicina e Chirurgia e proveniente dall'Asp di Palermo. Nel suo curriculum figurano ad esempio le direzioni della U.O.C. Assistenza riabilitativa territoriale e precedentemente del Distretto 33 di Cefalù. Inoltre è stato responsabile della direzione sanitaria dell'ospedale Cimino di Termini Imerese, coordinatore sanitario del Distretto ospedaliero "Palermo 2", direttore del Distretto 37 Termini Imerese e responsabile del Poliambulatorio Oreto-Guadagna. Buccheri succede al



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

precedente direttore sanitario, **Salvatore Requirez**, ora a capo del Dasoe dell'assessorato regionale alla Salute. A nominarlo è stato il commissario straordinario **Roberto Colletti**, il quale sottolinea: «Dopo gli ottimi risultati conseguiti dal suo predecessore l'Arnas Civico potrà continuare a contare su un direttore sanitario molto competente e dalla grande professionalità, a tutto vantaggio della qualità dell'assistenza garantita ai nostri pazienti».



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



## Ospedale di Canicattì, defibrillatore cardiaco sottocutaneo per un giovane paziente

*La prima volta che all'ospedale "Barone Lombardo" viene portato a termine questo delicato intervento di impianto.*



È in assoluto la prima volta che all'ospedale "Barone Lombardo" di **Canicattì**, presso la sala interventistica del reparto di **Cardiologia-UTIC**, viene portato a termine un delicato intervento di impianto di un **defibrillatore sottocutaneo**. A beneficiare del dispositivo "salva vita" di ultima generazione è stato un giovanissimo paziente di soli diciannove anni affetto da una grave patologia cardiaca i cui rischi letali, proprio grazie all'impianto, sono adesso significativamente ridotti.



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Il defibrillatore sottocutaneo è efficace nel contrastare la **fibrillazione ventricolare**, ovvero quell'aritmia maligna che può condurre alla morte improvvisa, soprattutto nei pazienti affetti da **cardiomiopatia** dilatativa, monitorando e registrando le **aritmie** e intervenendo qualora queste siano potenzialmente fatali. Il delicato intervento è stato effettuato dal dottor **Luciano Sutura Sardo** (*nella foto*), direttore dell'Unità operativa complessa di Cardiologia-UTIC di Canicattì, coadiuvato dal cardiologo **Carmelo Castellana** e con l'assistenza di uno staff tecnico di validi infermieri ed ingegneri biomedici. «Questo tipo d'intervento, essendo per l'appunto sotto-cutaneo- ha commentato il dottor Sutura Sardo- è poco invasivo rispetto a quelli tradizionali, lasciando praticamente intatto il **cuore** e liberi i vasi sanguigni, con la conseguenza che sono del tutto escluse le **complicanze** tradizionali quali le possibili infezioni sistemiche. Il dispositivo è stato fornito all'ospedale di Canicattì in tempi rapidissimi, subito dopo l'avvenuta richiesta, grazie alla solerzia della Direzione strategica dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento».

# Medici a gettone i rischi per la salute

PAOLO RUSSO  
ROMA

«È sconcertante, ogni sera mi ritrovo in reparto un medico diverso. Ma lo sa che poche sere fa, in uno dei più affollati pronto soccorso di Milano, a gestire i pazienti era un medico dei trasporti? Quelli che certificano il rinnovo delle patenti, per capirci. Solo che finito il doppio turno è andato a incassare il suo bel gettone da 1.200 euro». A Giorgio, primario in un ospedale lombardo che preferisce rimanere anonimo, bastano poche parole per far capire perché il boom dei medici a gettone non minacci solo i bilanci della sanità pubblica ma anche la salute dei pazienti. «Il ricorso sempre più massiccio ai medici in affitto rappresenta un pericolo per la salute dei cittadini per almeno tre ordini di motivi», spiega Pierino Di Silverio, segretario nazionale del principale sindacato dei camici bianchi ospedalieri, l'Anaa. «Prima di tutto si tratta di medici privi di specializzazione o che quando ne sono in possesso finiscono in altri reparti, tipo l'ortopedico che va in cardiologia. Poi, non essendo inseriti in un'équipe ospedaliera hanno maggiore difficoltà a interagire con i loro colleghi interni. Infine il paziente lo vedono una volta e basta, mandando a farsi benedire sia la continuità assistenziale che il rapporto umano di fiducia».

I carabinieri dei Nas nell'ultimo giro di ispezioni si sono imbattuti in medici generici impiegati come ginecologi, non specializzati alle prese con i pazienti gravi dell'emergenza-urgenza, over 70 o dottori che staccavano dall'ospedale pubblico per fare il doppio lavoro nella Coop. Il problema di base è che per tu-

rare le falle nelle piante organiche i direttori generali delle aziende ospedaliere indicano bandi senza regole. Perché alla fine la scelta del medico da spedire magari nella trincea del pronto soccorso la fa la cooperativa. Mentre per lavorare da dipendenti nella medicina d'emergenza serve aver superato un concorso pubblico, al quale si accede solo previa presentazione di una sfilza di requisiti e specializzazioni, come quella in medicina d'urgenza o un titolo equivalente. Con i gettonisti il criterio diventa invece quello del prezzo più basso. Che in media è però sempre di quattro volte superiore al costo orario di un medico dipendente.

A minare la sicurezza dei pazienti sono poi i turni doppi e tripli ai quali i medici in affitto si sottopongono per guadagnare più soldi possibile. Una pratica equiparabile alla roulette russa, quando ci si trova di fronte un medico che ha alle spalle 36 o 48 ore ininterrotte di lavoro, mentre per legge non se ne dovrebbero fare più di 12. Mesi fa una giovane è morta poche ore dopo aver dato alla luce il figlio. Uno dei dottori che l'aveva in carico era al lavoro da 36 ore, secondo alcune testimonianze raccolte dalla procura competente che sul caso ha aperto un'inchiesta. E non si pensi che imbattersi in un gettonista sia una rarità. Oggi, soprattutto nei pronto soccorso, un medico su dieci è in affitto. Almeno tre su dieci negli ospedali più grandi e sotto organico di Milano, Venezia e Torino.

In Lombardia, secondo i dati della Regione, i turni gestiti dalle cooperative sono oltre 45 mila l'anno, in Veneto 42 mila, mentre in Emilia Romagna ci si limita a circa 600 turni al mese. Secondo la Simeu, la società scientifica della medicina di emergen-

za e urgenza, ad eccezione di Abruzzo, Sicilia, Calabria, Basilicata, Alto Adige e la piccola Valle d'Aosta, in tutte le altre 15 regioni si fa ricorso ai medici a chiamata. Con contratti d'appalto che vanno da qualche centinaio di migliaia di euro a uno-due milioni per ciascun ospedale che vi fa ricorso. In Piemonte a chiamarli è il 50% dei nosocomi, in Veneto il 70%, in Liguria il 60% e in Toscana il 50%, ma in Friuli Venezia Giulia, Marche e Molise non c'è ospedale dove non siano presenti. In Molise si è andati a pescarli fino in Venezuela, mentre in Trentino ci si è limitati a chiedere una mano ai più vicini calabresi. A sua volta in Calabria il governatore Roberto Occhiuto (FI) ha reclutato i primi 51 dei quasi 500 medici cubani chiamati a sopperire alle carenze di organico, senza subire il salasso dei medici a gettone. «Che qui in Calabria - spiega - costano 150 euro l'ora, ossia 1.200 euro per un turno di 8 ore, mentre i professionisti arrivati da Cuba riceveranno un compenso di 4.700 euro lordi al mese».

Ma, cubani a parte, nelle altre regioni le cooperative fanno affari d'oro. La Anthesys di Treviso, che di dipendenti ne ha 390, nel 2021 ha quasi raddoppiato i ricavi, passati da 8,8 a 14 milioni. E così la Medical Service Sudtirol che nel 2021 ha brindato a un più 30% di ricavi. Perché con 15





mila medici che mancano all'appello in corsia non c'è da stupirsi che si debba fare sempre più ricorso ai camici bianchi in affitto. Le cui fila sono ogni giorno rinfornate da chi scappa dal pubblico. Anche perché un gettonista anestesista per un turno di 12 ore può incassare tra i 1.200 e i 1.800 euro. Quasi la metà di quello che guadagna un collega dipendente di un ospedale pubblico per un mese di lavoro.

Per uscire da questa impasse il ministro della Salute, Orazio Schillaci, propone di far lavorare di più i camici bianchi ospedalieri pagandoli extra e di abbattere il numero chiuso nelle facoltà

di medicina. Proposte rispettate al mittente dai diretti interessati. «Vogliamo essere retribuiti adeguatamente per il nostro lavoro quotidiano e invece si avvantaggiano i liberi professionisti che con la flat tax pagano ora il 15% di tasse anziché il 41%», replica Di Silverio. Che nell'accesso libero alle facoltà di medicina vede soltanto il rischio «di sostituire all'imbuto formativo quello lavorativo, visto che tra circa sei anni avremo un maggior numero di medici grazie all'aumento delle borse di studio». Salvo il fatto che i giovani snobbano specializzazioni che,

come medicina d'emergenza, offrono poi poche possibilità di integrare lo stipendio nel privato. «Per questo - conclude Di Silverio - l'unica strada percorribile è rimotivare i giovani, migliorando retribuzioni e condizioni di lavoro negli ospedali». —

**L'unico criterio di scelta è il prezzo più basso  
E le cooperative fanno affari d'oro**

L'inchiesta a puntate

**I dimenticati della sanità**



**Gli anziani dimenticati**  
14 gennaio: l'assistenza domiciliare integrata è ormai diventata un privilegio per pochissimi, da Nord a Sud. Ne gode solo il 3% degli over 65, l'obiettivo è il 10%

**I farmaci introvabili**  
14 gennaio: la mancanza di farmaci è diventata un'emergenza, abbiamo fatto chiarezza su come destreggiarsi tra le alternative disponibili

**I macchinari obsoleti**  
12 gennaio: tra i guai della sanità c'è anche la strumentazione, troppi macchinari obsoleti per esami come Tac o mammografie, malfunzionanti e superati

**L'effetto dell'inflazione**  
8 gennaio: la penuria di risorse è un problema cronico e ora c'è l'inflazione. I 4 miliardi stanziati rischiano di essere vanificati dall'aumento dei prezzi

**Le liste d'attesa infinite**  
7 gennaio: l'emergenza Covid ha fatto esplodere il problema delle liste d'attesa. Fino a due anni per un esame, un italiano su 10 rinuncia alle cure

**I medici di famiglia**  
5 gennaio: i medici di base sono costretti a seguire sempre più pazienti, l'ultima convenzione in Lombardia ha alzato il tetto a 1.800 per ciascuno

**Il pronto soccorso intasati**  
29 dicembre: l'affollamento del pronto soccorso è un tema sempre attuale. Tagliati 40 mila posti letto in dieci anni, in corsia mancano circa 4 mila medici

**I più deboli esclusi**  
28 dicembre: nella prima puntata abbiamo affrontato il tema della fuga dei medici (circa 8 mila), in crescita il numero di persone che non si curano

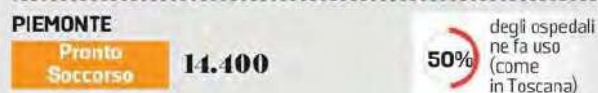
**Il boom dei professionisti a chiamata non si ferma: in Piemonte, Lombardia e Veneto appaltati 100 mila turni all'anno I sindacati in allarme: "Spesso non sono specializzati un'incognita per i pazienti"**



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

## I NUMERI DEL FENOMENO

Turni appaltati nel 2022



Fonte: Regioni e Simeu, Società scientifica della medicina di emergenza e urgenza

## CHI SONO

**Neolaureati**  
in attesa di entrare nelle Scuole di specializzazione

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

**Liberi professionisti con doppio lavoro**

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

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

WITHUB



## LE STORIE

# La seconda vita degli ex dipendenti “Così si guadagna più del doppio”

Molti camici bianchi fuggono dagli orari massacranti degli ospedali  
“Ormai è diventata una catena di montaggio, contano solo i numeri”

ROMA

«Lavoro a gettone in un ospedale veneto ma non ho la specializzazione. In pronto soccorso faccio soprattutto codici bianchi e verdi, ma quando mi capita un caso più difficile mi rendo conto che avere una specializzazione sarebbe stato utile». Così quando si trova in difficoltà Valentina, il nome è di fantasia perché lei come tanti preferisce restare anonima, chiede aiuto ai colleghi, «anche se così so di rallentare la catena assistenziale». Come dire che alla fine, in questa giungla dei medici in affitto, a perdersi è la tutela dei pazienti. «La specialità in realtà l'avevo anche iniziata - racconta - ma poi ho lasciato perdere come tanti, per via dei turni stressanti, fino a 80 ore a settimana». Svelando la realtà di giovani medici più che in formazione in catena di montaggio, per tappare i buchi di una sanità sempre più a corto di medici e infermieri.

Stefania invece nel pronto soccorso di un ospedale pubblico da dipendente ci ha lavorato per 12 anni. Poi la fuga. «Fi-

nivo distrutta ogni giorno e la mia vita privata era ormai annullata. Durante la pandemia non sono potuta tornare a casa dai miei famigliari per due anni». Da qui la scelta di lavorare come privato. «Ho lavorato già per due cooperative che mi hanno reclutato chiedendomi il curriculum, ma senza farmi un colloquio. Solitamente sono loro a cercarti attraverso i social: chi le gestisce non sono medici, ma persone che noi non conosciamo». Ora Stefania non fa più di 120 ore al mese rispetto alle 160 che si sobbarcava nel pubblico, dove è tornata prestando servizio nello stesso pronto soccorso ma da gettonista. «Guadagno 100 euro l'ora e i nostri turni non li regola nessuno. Io mantengo una mia etica e più di tanto non ne faccio, ma c'è chi accorpa 4-5 notti di fila, che oltre ad essere pericoloso non garantisce nemmeno la qualità delle cure», ammette.

Anche il dottor Riccardo Stracka è quello che potrebbe definirsi un «medico a gettone». Nel senso che non ha mai lavorato come dipendente in ospedale ma sempre a chiamata. Non un giovane neolaurea-

to senza specializzazione ma un professionista esperto, specializzato 18 anni fa in medicina d'emergenza e urgenza con 70 e lode, cui hanno fatto seguito una sfilza di qualifiche professionali. A quelli come lui gli ospedali spalancherebbero le porte in un baleno. Ma come tanti suoi colleghi preferisce mantenere un piede fuori. «In questo modo ho avuto la possibilità di variare il mio lavoro. Ad esempio organizzo corsi di primo soccorso in aziende, fac-

cio l'istruttore per l'uso del defibrillatore. E poi sinceramente a scoraggiare ci sono anche i turni massacranti imposti oramai

in quasi tutti gli ospedali. Però dal pronto soccorso di Monza sono andato via a malincuore, quando ho capito che quell'atti-

ività, pur rappresentando la porta d'ingresso di un ospedale, non era considerata una priorità. Per il semplice fatto che non porta soldi come ne portano invece i ricoveri ordinari».

Roberto Malesani è un neurologo. A dicembre del 2018 si è licenziato dall'ospedale di Castelfranco e ora si divide tra ambulatori di Castelfranco,

Montebelluna e Feltre, in Veneto, come privato. «Lavorando in ambulatorio a Feltre dal lunedì al sabato per cinque ore al giorno, contro le 12 in corsia, posso arrivare a 7 mila euro netti al mese invece dei 3 mila che guadagnavo prima», confida. «Oggi - continua - è diventata una catena di montaggio: contano solo i numeri, il rapporto col paziente è saltato di fronte a ritmi insostenibili e a direttori generali che ti dicono anche quanto deve durare una visita». Una sanità sempre più guidata dai soldi e meno a dimensione d'uomo. PA. RU. —

In questo modo ho potuto variare il mio lavoro, ad esempio organizzo corsi di primo soccorso

**ROBERTO MALESANI**  
NEUROLOGO  
EX DIPENDENTE



Cinque ore al giorno dal lunedì al sabato invece di 12: settemila euro contro tremila

Il rapporto con i pazienti è saltato di fronte a ritmi insostenibili



**RICCARDO STRACKA**  
MEDICO SPECIALISTA  
DA 18 ANNI



BAMBINI

## In calo il boom d'infezioni respiratorie

La Società italiana di pediatria, l'11 gennaio scorso, ha segnalato come in molte delle realtà del Paese le pediatrie siano state messe a dura prova a causa del boom di infezioni respiratorie nei bambini «specie le bronchioliti da Virus respiratorio sinciziale (Vrs) che colpisce in particolare i bambini sotto l'anno di vita». Da Milano a Palermo si è registrato un notevole incremento di accessi al Pronto Soccorso rispetto agli ultimi due anni. Il tema è stato peraltro trattato e anticipato il 22 ottobre scorso da The Lancet nello studio «Virus respiratorio sinciziale: pagare il debito immunitario con gli interessi», per descrivere la scarsità di immunità protettiva derivante da lunghi periodi di bassa esposizione a un determinato agente patogeno, lasciando una percentuale maggiore della popolazione suscettibile alla malattia. Sarebbe proprio questo

«debito immunitario», quindi, a destare la preoccupazione degli studiosi nei confronti del Vrs, per il quale l'immunità temporanea si ottiene attraverso l'esposizione al virus e gli anticorpi materni, trasferiti ai neonati con l'allattamento, diminuiscono rapidamente. Come emerge dai bollettini della rete di sorveglianza Influnet, diffusi dall'Istituto Superiore di Sanità, il picco è alle nostre spalle e i casi sono in diminuzione.



## Ospedali Outsourcing record nella logistica

Francesca Cerati — a pag. 22

# Logistica ospedaliera: in dieci anni l'outsourcing è triplicato

**Nuovi modelli sanitari.** È un segnale positivo che potenzia l'efficienza di processo, dalla tracciabilità al monitoraggio delle scorte di farmaci, e assumerà un ruolo strategico nell'assistenza domiciliare

**Francesca Cerati**

Le sfide che stanno interessando il mondo della logistica hanno innescato la ricerca di nuovi equilibri della catena di fornitura anche nel settore healthcare. Nelle strutture ospedaliere, in particolare, assistiamo a un cambiamento nell'approccio e, dopo il Covid, anche all'ingresso nel mercato di nuovi attori e investitori. In sostanza, negli ultimi 10 anni, l'outsourcing di servizi e attività di logistica ospedaliera è triplicata: dal 4% del 2012 al 12% del 2022. Sono i risultati dell'indagine sulla Logistica nel settore Healthcare realizzata dall'Osservatorio Contract Logistics "Gino Marchet" della School of Management del Politecnico di Milano, in collaborazione con Consorzio Dafne, che saranno presentati venerdì prossimo al Campus Bovisa.

«L'anno scorso la spesa complessiva per la logistica delle 1045 strutture ospedaliere censite, sia pubbliche che private, è stato pari a 650 milioni di euro - afferma Damiano Frosi, direttore dell'Osservatorio Contract Logistics - Si tratta di un segnale positivo perché, anche se da un lato aumenta la spesa in outsourcing, dall'altro si ha una maggiore efficienza, un maggiore controllo dei prodotti con minori errori, che migliorano anche il servizio. Non solo. Oltre a potenziare l'efficienza di processo (dalla tracciabilità al monitoraggio delle scorte e alla puntualità nelle consegne), gli addetti alla logistica portano competenze, investimenti in tecnologia e, non ultimo, uno sgravio di per-

sonale clinico sanitario. Spesso l'attività di logistica viene infatti demandata al personale infermieristico che non ha le competenze e che dovrebbe dedicarsi alla cura del paziente. Complessivamente, quindi, non si ha un aumento della spesa ospedaliera, anzi, quello che noi ci aspettiamo è che grazie all'outsourcing, la spesa generale nella sanità diminuisca».

«La gestione degli approvvigionamenti delle strutture ospedaliere rappresenta un elemento di criticità all'interno della filiera healthcare - precisa Maria Pavesi, ricercatrice dell'Osservatorio Contract Logistics -. I magazzini sono spesso difficilmente raggiungibili e non di facile accesso, si trovano solitamente in seminterrati o spazi non dedicati. Ci sono poi criticità nella gestione informatica e nella tracciabilità dei farmaci e nelle modalità di rendicontazione per alcuni nuclei». Senza contare che lo sviluppo dei nuovi farmaci biologici e dei vaccini se da un lato accresce l'efficacia terapeutica, dall'altra richiede anche livelli di conservazione più stringenti rispetto al passato.

In effetti, come emerge dall'indagine del Politecnico, oltre la metà dei contratti interessa la gestione del magazzino ospedaliero, mentre solo il 6% prevede un servizio di logistica integrata, «dato comunque positivo che manifesta un aumento di consapevolezza e un diverso approccio rispetto al passato» puntualizza Frosi. Dei 22 bandi aperti individuati dall'Osservatorio, per un valore di 213 milioni di euro, il 50% riguarda la gestione del magazzino ospedaliero, il 27% la logi-

stica integrata, il 9% il trasporto in ospedale e il 5% l'handling interno all'ospedale.

Altro tema è la sostenibilità della distribuzione del farmaco. Se il costo della logistica incideva pochissimo sul farmaco, non più dell'1%, con l'aumento del carburante, degli spazi, della manodopera, dei principi attivi e delle materie prime, la percentuale potrebbe diventare del 2-3% e i margini a questo punto iniziano a ridursi, mettendo in crisi alcuni vettori della logistica. Da qui, l'entrata nel settore di distributori dalle "spalle larghe" che possono far fronte a eventuali disruption. Sono già attive sia Sda che Poste italiane (che ha acquisito per 130 milioni la maggioranza di Plurima, società di logistica ospedaliera e di gestione dei dati medici), ma anche Brt-Bartolini ha dichiarato che entro il 2025 distribuirà farmaci. E i "piccoli"? «Da un lato rischiano - conclude Frosi - Va detto però che un altro trend in crescita è quello dell'assistenza domiciliare che porterà con sé la logistica del futuro. E quindi i distributori più piccoli potranno avere un ruolo strategico nei nuovi modelli di sanità, coprendo la rete domiciliare e offrendo servizi particolari con personale competente e specializzato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PREVENZIONE

## Oms lancia il Consiglio per il vaccino contro Tbc

Al via un piano per accelerare l'autorizzazione di nuovi vaccini contro la tubercolosi (Tbc), malattia che ha colpito 10,6 milioni di persone nel 2021, provocandone la morte di 1,6 milioni. Per questa malattia, che rappresenta il secondo killer infettivo dopo Covid-19, nessun nuovo vaccino è stato autorizzato nell'arco di un secolo. Ad annunciare la nascita del TB Vaccine Accelerator Council è stato il direttore dell'Oms, Tedros Adhanom Ghebreyesus, in un panel al World Economic Forum di Davos, in Svizzera. «La tubercolosi è sia curabile che prevenibile, tuttavia, nonostante gli impegni globali per porre fine alla malattia entro il 2030, l'epidemia non mostra alcun segno di rallentamento» afferma l'Oms. La resistenza ai farmaci continua a essere un grave problema, con quasi mezzo milione di persone che sviluppano ogni anno una tubercolosi resistente ai farmaci. Attualmente, il vaccino

Bacillus Calmette-Guérin (Bcg), sviluppato nel 1921 e l'unico autorizzato, sebbene fornisca un'efficacia moderata nella prevenzione delle forme gravi di tubercolosi nei neonati e nei bambini piccoli, non protegge adeguatamente gli adolescenti e gli adulti, che rappresentano quasi il 90% delle trasmissioni. Un vaccino con un'efficacia del 75%, spiega l'Oms, potrebbe evitare fino a 110 milioni di nuovi casi e 12,3 milioni di milioni di morti.



## Carenza antibiotici sotto la lente Ema, atteso miglioramento

Carenza di antibiotici sotto la lente in Ue. L'Agenzia europea del farmaco Ema, la Commissione europea e i direttori delle agenzie per i medicinali (Hma), attraverso il Gruppo direttivo esecutivo sulla carenza e la sicurezza dei farmaci (Mssg), "stanno monitorando attentamente" il fenomeno "e rispondo alle attuali carenze che interessano l'Unione europea", informa una nota. Mssg e il gruppo di lavoro Spoc (Medicines Shortages Single Point of Contact) specificatamente dedicato alle carenze "continueranno a monitorare da vicino la situazione insieme alla Commissione Ue e agli Stati membri", si legge. "Sulla base delle informazioni delle aziende e delle parti interessate", la previsione è che il quadro carenze "migliorerà nei prossimi mesi".

Una recente ondata di infezioni respiratorie - si spiega nella nota - ha portato a un aumento della domanda di antibiotici come l'amoxicillina, da sola e in combinazione con acido clavulanico, soprattutto nelle formulazioni pediatriche. Inoltre, i ritardi di fabbricazione e i problemi di capacità produttiva hanno generato difficoltà di approvvigionamento che interessano la maggior parte degli Stati membri, ma anche Paesi al di fuori dell'Ue. Per questo l'Ema si è confrontata anche con altri enti regolatori internazionali.

Mssg e Spoc hanno monitorato attentamente la situazione dal novembre 2022 e "diverse misure sono state attuate a livello degli Stati membri, per garantire che i pazienti possano ricevere cure adeguate", assicurano le organizzazioni al lavoro: dall'aumento della capacità produttiva, a strumenti di flessibilità normativa (forniture eccezionali di determinati prodotti o forme non ancora autorizzate; deroghe totali o parziali a particolari requisiti di etichettatura o



confezionamento), alla distribuzione temporanea di dosi unitarie.

In ogni caso, "si ricorda a pazienti e operatori sanitari che sono disponibili alternative in caso di carenze" e quanto sia "importante che gli antibiotici vengano usati con prudenza, per mantenerne l'efficacia ed evitare l'antimicrobico-resistenza. Gli antibiotici, compresa l'amoxicillina - si ribadisce - devono essere prescritti solo per trattare le infezioni batteriche. Non sono adatti per il trattamento di infezioni virali come raffreddore e influenza, sui quali non sono efficaci".





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

## LE DUE POSIZIONI A CONFRONTO

# Il dibattito agita gli scienziati: «Fa male e basta» «No, il consumo limitato aiuta cuore e arterie»

VITO SALINARO

La scelta dell'Irlanda di inserire nelle etichette del vino e degli alcolici messaggi di "alert" sui rischi per la salute, proprio come accade per le sigarette, continua a far discutere. In Italia più che altrove, dove il dibattito si accende così tanto da creare contrapposizioni all'interna della stessa comunità scientifica.

Sollecitato sull'etichettatura degli alcolici con avvertenze sanitarie e richiamando il progetto di prevenzione oncologica dell'Ue, il portavoce della Commissione europea, Stefan de Keersmaecker, ribadisce che «nessuno è contro il vino. Ciò di cui si occupa il Piano per battere il cancro è il consumo dannoso di alcol, che è una preoccupazione di salute pubblica». Questo Piano, ricorda il portavoce, prevede una riduzione del consumo dannoso di alcol «di almeno il 10% entro il 2025». In merito al regolamento irlandese, la Commissione «non ha fatto commenti e, in assenza di una opinione negativa non deve più intervenire sul tema». L'etichettatura, prosegue De Keersmaecker, resta «un argomento molto importante e abbiamo già annunciato nella Strategia "Farm to Fork" e nel Piano per battere il cancro, che lavoriamo a una revisione» delle norme Ue in materia, per «rendere i consumatori capaci di fare scelte informate su alimenti sostenibili e salutari». Su questo aspetto «una valutazione di impatto è in preparazione, e il lavoro tecnico è in corso».

Ma torniamo al dibattito in Italia. E alle polemiche

«inaccettabili tra medici che, per motivi deontologici ed etici», hanno solo il dovere di «aderire all'evidenza scientifica»: è questa la posizione di Gianni Testino, docente di Medicina interna e gastroenterologia dell'Università di Genova e presidente della Società italiana di alcologia, per il quale c'è ben poco da discutere perché «l'etanolo e l'acetaldeide contenuti nelle bevande alcoliche (vino, birra e superalcolici) favoriscono il cancro. «Dopo l'iniziativa dell'Irlanda è esplosa una irresponsabile protesta da parte di produttori e politici di ogni colore. È normale -

incalza Testino -: l'economia viene prima della salute ma è inaccettabile questa polemica: non possiamo invocare l'evidenza scientifica a fasi alterne - sottolinea Testino -. La scienza dice che i vaccini sono utili ed indispensabili e dice anche che l'etanolo, sostanza psicoattiva alla base di vino, birra e superalcolici, è un cancerogeno e come tale è inserito nel Gruppo 1 dei cancerogeni», dove «sono presenti, per esempio, il fumo di sigaretta e l'amianto. L'etanolo provoca più tumori dell'inquinamento, ma l'inquinamento non lo possiamo evitare, l'etanolo sì».

Vero, riflette l'immunologo Mauro Minelli, docente di Dietetica e nutrizione umana all'Università Lum di Bari, che però evidenzia «un rovescio della medaglia, perché è stato dimostrato che il consumo razionalmente limitato di vino (fino a due bicchieri al giorno), soprattutto di quello rosso, può avere effetti positivi sulla salute: riduce la frazione Ldl del colesterolo (quello "cattivo"), aumenta l'Hdl (quello "buono"), ed inibisce l'aggregazione piastrinica promuovendo un'azione antitrombotica». Inoltre, «è una fonte di polifenoli, tra i quali il resveratrolo, che ha dimostrato di possedere un'attività antiossidante, autentica risorsa per il cuore e le arterie dell'uomo».

Sulla scelta dell'Irlanda di inserire sulle etichette degli avvisi di rischio malattie, l'Ue precisa che «si lavora a una revisione di norme per rendere i cittadini consapevoli di cosa consumano»





## L'oncologo

# «Vino, cancro e cervello ristretto? Non si parla mai di un solo fattore»

Curigliano: bevo anch'io con molta moderazione. Pericolosa è l'interazione alcol-fumo

di **Giusi Fasano**

**Professor Curigliano, lei beve vino?**

«Con molta moderazione, mi capita una volta ogni tanto, a cena con gli amici. A tavola mediamente no. Perché ho una cultura personale che mi porta a non bere e non fumare. E poi sono condizionato dagli studi che ho fatto, dal lavoro che faccio...».

Giuseppe Curigliano è professore di oncologia medica all'Università di Milano ed è direttore della Divisione Nuovi farmaci all'Istituto europeo di oncologia.

La scelta dell'Irlanda (approvata dalla Commissione europea) di equiparare le sigarette all'alcol e di scrivere dei rischi per la salute sull'etichetta degli alcolici, è diventata contesa politica. E l'appoggio della professoressa e immunologa Antonella Viola (Università di Padova) ha messo altra legna sul fuoco delle polemiche.

**Professor Curigliano ha letto di questa disfida sul vino fra virologi, immunologi, infettivologi?**

«Mi è arrivato qualcosa, sì. Ma non voglio farne parte. Ne sto fuori volentieri».

**Però possiamo fare un po' di chiarezza. Per esempio sul legame fra vino e cancro.**

«Non fra vino e cancro ma fra alcol e cancro. Cominciamo con un dato certo: l'alcol è

cancerogeno, quindi lo è anche il vino. C'è un rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità e del National institute of health: sono stati fatti i cosiddetti "studi di popolazione" e si è visto che un consumo eccessivo di bevande alcoliche aumenta il rischio di sviluppare il cancro. Non parliamo di ipotesi, ci sono chiare evidenze».

**Quali sono i tumori più frequenti associati all'alcol?**

«Tutti quelli del distretto testa-collo, per esempio quel-

lo alla cavità orale. Tant'è che la prima cosa che chiediamo a quei pazienti è se bevono o se fumano. Poi i tumori esofagei, quelli del fegato, della mammella, del colon... Ha evidente importanza l'interazione fra fumo e alcol. Ma non parliamo mai di un solo fattore: il processo di cancerogenesi è multifattoriale».

**Che cosa si intende per «consumo eccessivo»?**

«Gli americani scrivono ogni anno le linee guida (che valgono anche per noi) con le raccomandazioni su cosa consumare con moderazione. Riguardo all'alcol la raccomandazione è non bere; ma se uno beve l'indicazione (loro parlano di drink) è un bicchiere al giorno per le donne, meno di due per gli uomini».

**Loro parlano di drink, appunto. Superalcolici. Invece qual è secondo lei la modica quantità di vino che si può bere senza troppi rischi?**

«Ripeto: l'alcol è cancerogeno. Io sono un oncologo,

quindi per essere chiari: ai miei pazienti che chiedono se possono bere vino io dico di non farlo ma se proprio vogliono bere consiglio quantità molto moderate. Massimo due bicchieri al giorno per un uomo e uno per le donne».

**Lei sarebbe d'accordo sul «nuoce gravemente alla salute» da scrivere sulle etichette del vino?**

«Se lo mettiamo sulle sigarette perché non sul vino o sui superalcolici? Io sono preoccupato per l'eccessivo consumo di alcol degli adolescenti. Non so se la scritta adatta sia proprio quella, ma credo sia giusta un'allerta sui danni che l'alcol può causare».

**E questa storia che chi beve avrebbe il cervello più piccolo?**

«È una semplificazione un po' strong. Comunque esiste uno studio sul tema. È stato pubblicato su *Nature Communications* a marzo del 2022 ed è del Dipartimento di psichiatria dell'Università della Pennsylvania, eseguito su un campione di oltre 36 mila persone. Hanno scoperto che il consumo di alcol è associato a una riduzione del volume totale del cervello».

**Quindi ha ragione la professoressa Viola quando parla del cervello più piccolo per chi beve?**

«Lo studio che citavo dice che la riduzione del volume del cervello (soprattutto della sostanza grigia) è associata al consumo di alcolici ma anche ad altre cose come le malattie cardiovascolari, l'ischemia ce-



rebrale cronica, il peso corporeo, il fumo... Per dirla con parole semplici: il cervello diventa più piccolo perché gli arriva meno ossigeno e meno sangue. Ma ancora una volta parliamo di multifattorialità, non di un fattore solo».

**Se dovesse scegliere cosa buttare giù dalla famosa torre fra fumo e alcol?**

«Sceglierei il fumo. È forse

più drammatico dal punto di vista della dipendenza che sviluppa, più diretto e veloce nel causare danni. Ma certo è una bella lotta, eh...».

**Quando ha bevuto il suo primo bicchiere di vino?**

«All'università. Fino ai 18 anni non mi ci sono mai avvicinato».

**Superalcolici?**

«Assolutamente no».

**Mai stato ubriaco?**

«Ma figuriamoci!».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Tra i giovanissimi Sono preoccupato per l'eccessivo consumo di alcolici tra gli adolescenti



**Le cause**  
**La riduzione di sostanza grigia è associata anche a malattie cardiovascolari, ischemie, peso corporeo**

**Chi è**



● Giuseppe Curigliano (foto), 54 anni, è professore Ordinario di Oncologia all'Università di Milano, dove insegna alla Facoltà di Medicina e di Farmacologia come esperto in terapie sperimentali «target oriented»

● È direttore della Divisione di sviluppo di nuovi farmaci per terapie innovative e condirettore del Programma nuovi farmaci dell'Istituto europeo di oncologia. È responsabile della pianificazione terapeutica di pazienti con tumori solidi metastatici



**Botta e risposta**

## LA POLEMICA

L'Irlanda ha deciso di equiparare l'alcol alle sigarette e di scrivere dei rischi per la salute sulle etichette. Antonella Viola, ricercatrice e docente all'Università di Padova, ha affermato che anche un consumo moderato di alcol «danneggia il cervello e aumenta il rischio di tumori». Per Viola può favorire lo sviluppo di alcuni tipi di cancro, tra cui quello al colon e al seno. Ha replicato Matteo Bassetti, infettivologo genovese: «Viola ha detto che il vino rimpicciolisce il cervello ed è paragonabile all'amianto per i suoi danni. Si è definita astemia anche se si concede un calice solo nei ristoranti stellati. Ha raggiunto livelli di scienza elevatissimi. Inarrivabili per chi ama il vino»



# Adolescenti trans, l'uso dei farmaci divide gli esperti

Lettera al governo Meloni della Società Psicoanalitica italiana contro i «bloccanti ipotalamici». Ma alcuni medici li difendono

ANDREA CAPOCCI

■ La Società Psicoanalitica Italiana (Spi), la principale associazione che riunisce gli psicoanalisti italiani, nei giorni scorsi ha lanciato un allarme sull'uso dei farmaci utilizzati negli adolescenti con una diagnosi di «disforia di genere». Si tratta di ragazze e ragazzi con un'identità diversa dal sesso assegnato alla nascita che con i «bloccanti ipotalamici» arrestano la pubertà. Questi farmaci sono stati sviluppati per curare i tumori della prostata e della mammella e la pubertà precoce nei bambini. Ma dal 2018 sono autorizzati anche per i casi di disforia di genere nei minori in base al parere della comunità scientifica internazionale su efficacia e sicurezza, senza tuttavia dati definitivi raccolti con sperimentazioni su larga scala. Il loro utilizzo è il primo passo del percorso di transizione sessuale.

**POCHI GIORNI FA**, Sarantis Thanopoulos, presidente della Spi e collaboratore del *manifesto*, ha inviato una lettera al governo per esprimere «grande preoccupazione» sull'impiego di questi farmaci, ritenuti inappropriati in un'età così precoce. La diagnosi di disforia, è il timore espresso a nome della società, «è basata sulle affermazioni dei soggetti interessati e non può essere oggetto di un'atten-

ta valutazione finché lo sviluppo dell'identità sessuale è ancora in corso». E aggiunge che «solo una parte minoritaria dei ragazzi che dichiarano di non identificarsi con il loro sesso conferma questa posizione nell'adolescenza, dopo la pubertà». Inoltre, l'interruzione dello sviluppo psico-sessuale di un adolescente impedirebbe la stessa definizione dell'identità di genere, negando dunque la premessa stessa della procedura farmaceutica. «È una contraddizione di cui si preferisce non parlare», spiega Thanopoulos. «Il Karolinska Institut di Stoccolma, non un'istituzione scientifica qualsiasi, ha fermato il trattamento affermando che ha danneggiato i ragazzi. In tutta l'Europa gli Stati riconsiderano la loro posizione».

In realtà, la citata Svezia non ha arrestato del tutto i trattamenti, ma li ha limitati ai «classici casi di insorgenza infantile di identità trasversale al sesso e di disagio, che persiste e causa di una chiara sofferenza durante l'adolescenza».

**ALLA PUBBLICAZIONE** della lettera, oltre alle associazioni Lgbtq anche la comunità scientifica ha reagito con durezza. Ben set-

te società scientifiche attive nel campo della neuropsichiatria, dell'endocrinologia e del-

la pediatria hanno espresso «sconcerto» in una replica aperta alla lettera di Thanopoulos. Le società hanno ricordato il parere favorevole del solitamente prudentissimo Comitato Nazionale di Bioetica. Inoltre, spiegano i medici, «i bloccanti ipotalamici sono prescrivibili solo a pubertà già avviata» quando l'identità di genere sarebbe ormai stabilizzata. D'altro canto il loro uso mira «a guadagnare tempo proprio per riflettere in modo più consapevole, reversibile e scevro dalle difficoltà legate all'avanzare della maturazione sessuale». Spesso, raccontano, servono a rimandare una decisione definitiva sulla transizione.

**I MEDICI SPIEGANO** che rischi e benefici di questi farmaci vanno confrontati anche con quelli del loro mancato uso. «È importante - scrivono - sottolineare come gli studi di *follow up* a oggi dimostrano che il trattamento con i bloccanti ipotalamici è in grado di ridurre in modo significativo i problemi comportamentali ed emotivi e il rischio suicidario» che caratterizzano gli adolescenti con disforia di genere - affermazione che Tha-



## il manifesto

nopulos contesta.

Più in generale, le società scientifiche rassicurano che l'uso di questi farmaci è «riservato a casi attentamente selezionati, a seguito di una valutazione multidisciplinare e individualizzata» oltre all'autorizzazione dei genitori.

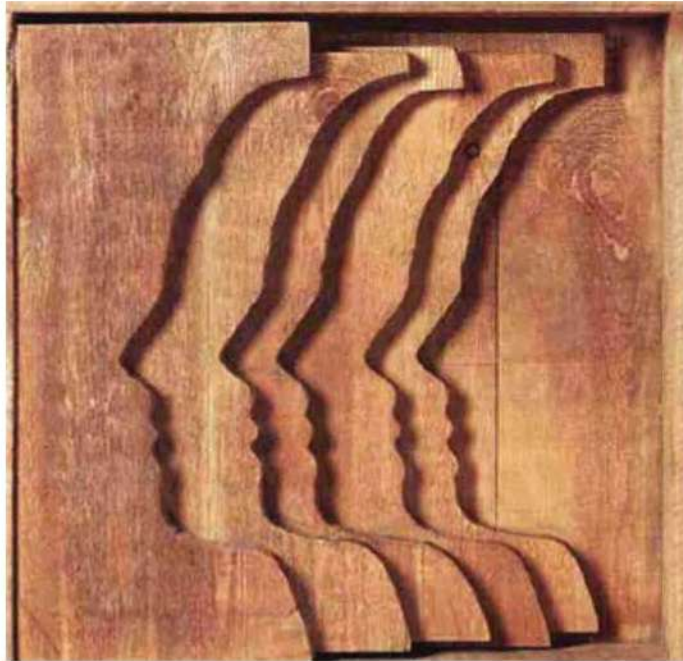
In effetti, il loro impiego in Italia appare assai limitato. Dati ufficiali non ce ne sono: le Re-

gioni avrebbero dovuto comunicare il numero di prescrizioni di queste terapie su base trimestrale ma dei previsti registri non c'è traccia. In loro assenza, qualunque dibattito è destinato alla tipica fumosità italiana. Però le testimonianze raccolte dai pochi centri autorizzati parlano al massimo di qualche decina di trattamenti autorizzati

finora in cinque anni. La posizione dell'Italia, in definitiva, appare simile a quella della prudente Svezia.

*La diagnosi di disforia è basata sulle affermazioni dei soggetti interessati e non può essere oggetto di un'attenta valutazione finché lo sviluppo dell'identità sessuale è ancora in corso*

**Sarantis Thanopulos**



Mario Ceroli, "Profili"



## Le testimonianze

# Il grido delle madri “Può accadere a tutte non lasciateci sole”

di Viola Giannoli

«La prima notte dopo il parto mi sono sentita molto male. Avevo avuto una emorragia. E avevo paura. Ho chiamato l'infermiera, le ho chiesto di prendere la bambina. Mi ha buttato una coperta in più addosso, mi ha detto “le madri stanno coi neonati” e se ne è andata». «Io la prima notte mi sono addormentata mentre allattavo. Sono stata svegliata di soprassalto da una puericultrice che mi ha urlato: “Non si dorme mentre si allatta in quella posizione che la bimba può cadere!”. Non sono nemmeno riuscita a spiegare che ero crollata».

Storie così – di stanchezza fisica e psicologica, di dolori, traumi, paure della morte in culla, sensi di colpa, inadeguatezza, solitudine, di abbandono o di bisogno d'aiuto per una depressione post parto – sono venute giù sui social a valanga poche ore dopo la tragedia del Pertini di Roma. Al di quella madre che nessuna conosce, di quel vuoto in cui nessuna ancora sa cosa sia potuto accadere. «Quella donna potevo essere io. Non lasciateci sole», dice però chi racconta, come in un urlo collettivo che si leva tanto dalle testimonianze sulle difficoltà del parto, dell'allattamento, del rooming-in forzato, quanto dalle esperienze positive invece davanti a professionisti attenti e un nido a cui affidare, nella notte o nella stanchezza, i neonati.

«Siamo fragili dopo aver partorito, stanche, svuotate, non potete pretendere che sappiamo già cosa fare e come farlo solo perché abbiamo fatto un corso. Non dobbiamo essere noi a chiedere aiuto, perché noi in quei momenti non abbiamo neanche l'energia per pensare», scrivono. E poi ricordano: «Ricordo quella notte, dolorante e sofferente sia fisi-

camente che psicologicamente, a chiedere per l'ennesima volta che prendessero la mia bambina e la portassero via. Mi fecero sentire la peggiore madre del mondo», racconta Valentina. «I protocolli Covid che ancora vietano ai familiari di restare in ospedale sono pericolosissimi», aggiunge Marta. «Mia figlia è nata due giorni fa a Reggio Emilia – scrive Antonio – Mia moglie ha chiesto aiuto alle infermiere perché era molto stanca. La bambina nella culla piangeva. Le hanno detto che non c'era altra soluzione. Alle 3 si è addormentata con la bimba in braccio che è scivolata cadendo». «Il rooming-in imposto è una violenza», dice Elisa. L'Oms e l'Unicef raccomandano la culla accanto al letto come buona pratica per creare subito un legame e favorire l'allattamento al seno. «A essere pericoloso non è il rooming-in, ma renderlo forzato per risparmiare sulla cura e sul personale, farne una filosofia integralista davanti a chi sta male, abbandonare la donna», insistono le neomamme. Francesca Fiore e Sarah Malnerich, creatrici dell'account “MammaDiMerda”, nel loro libro (*Non farcela come stile di vita*), di fronte a una puericultrice che afferma che «la maternità è sacrificio», ragionano: «La ma-

ternità non è questo, il viaggio solitario dell'eroina, stoica, sacrificio estremo fine a sé stesso. Questa è sofferenza inutile». E ricordano il proverbio africano che recita così: «Serve un villaggio per crescere un bambino».

A legare i racconti è un filo rosso su un sistema che si vorrebbe ripensare: «C'è un enorme problema nei reparti di ostetricia: personale sotto numero, mancanza di caregiver per le madri, atteggiamento colpevoliz-

zante nei confronti delle donne», scrive l'account Mammeanudo. «In Italia le ostetriche iscritte all'Albo sono 20.885, molte sono inattive, in pensione o all'estero. Ne servirebbero altre 20mila», spiega Silvia Vaccari, presidente della Federazione nazionale di ostetricia. «L'impalcatura di questo sistema costruito sui nostri corpi ora deve crollare», scrive Francesca Bubba, content creator e attivista della maternità che sta pensando a un disegno di legge, mentre fioccano raccolte firme e petizioni per una presenza costante nelle stanze dopo il parto e contro la violenza ostetrica. In una ricerca del 2017 fatta dalla società Doxa su un campione di oltre 5 milioni di mamme una su tre spiega di non aver avuto assistenza, di essersi sentita seguita solo in parte dall'équipe medica di aver vissuto il parto in solitudine. E sull'allattamento il 27% lamentava la mancanza di sostegno e informazioni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La parola

### Violenza ostetrica

È l'insieme dei comportamenti irrispettosi o abusanti che hanno a che fare con la salute riproduttiva e sessuale delle donne, in particolare durante le fasi della gravidanza, del parto e del puerperio. Tra questi rientrano l'eccesso di interventi medici, la prestazione di cure e farmaci senza consenso, l'umiliazione verbale, il rifiuto di offrire un'adeguata terapia del dolore, la trascuratezza nell'assistenza, le violazioni della privacy o la mancanza di rispetto e libertà di scelta per il corpo femminile.



**PANORAMA**

**RACCOLTA FONDI CONTRO IL CANCRO**

## **Airc, 137 milioni per finanziare la ricerca**

Tornano Le Arance della Salute, la campagna di raccolta fondi e divulgazione di Fondazione Airc dedicata alla prevenzione del cancro attraverso le sane abitudini. L'appuntamento è sabato 28 gennaio in piazza, dove i volontari distribuiscono reticelle di arance rosse coltivate in Italia a fronte di una donazione di 10 euro, marmellata d'arancia (6 euro) e miele ai fiori d'arancio (8 euro). I fondi raccolti contribuiranno al finanziamento di circa 6.000 ricercatori per rendere il cancro sempre più curabile (per info: [arancedellasalute.it](http://arancedellasalute.it)). Lo scorso anno in Italia sono stati stimati 390.700 nuovi casi di tumore, 14.100 in più rispetto al 2020. Una ripresa che rischia di peggiorare se non si pone un argine agli stili di vita non salutari: secondo le ultime rilevazioni il 33%

degli adulti è in sovrappeso e il 10% obeso, il 24% fuma e i sedentari sono aumentati dal 23% nel 2008 al 31% nel 2021.

Grazie al successo delle iniziative di raccolta fondi, come le Arance, Airc nel 2023 investe 137 milioni e 392mila euro a sostegno di circa 6mila ricercatori per 704 progetti di ricerca, 91 borse di studio, 21 programmi speciali e Ifom, l'Istituto di Oncologia Molecolare della Fondazione. Tra le novità di quest'anno, bandi specifici per giovani ricercatori attivi in laboratori del Mezzogiorno e per rafforzare la ricerca clinica.



**DIECI ANNI DI SANITÀ SINISTRA**

# La grande fuga dei malati Voragine da 2,2 miliardi per curarsi fuori regione

*La cifra monstre messa nero su bianco dalla Corte dei conti  
Ma i pazienti scappano anche dalle Asl di provincia  
per affidarsi a medici e strutture delle aziende nella Capitale*

... Sì, la sanità laziale è più un grattacapo che un rompicapo. Soprattutto per l'assessore regionale e candidato alla presidenza della Regione per il centrosinistra, Alessio D'Amato. Lui ne è stato il "dominus" per dieci anni e i risultati sono sotto gli occhi di tutti. A cominciare dai magistrati della Corte dei conti, che più di una volta hanno richiamato aziende sanitarie e assessorato a rivedere certe scelte e a esaminare risultati non proprio brillanti. Come il buco, anzi, la voragine, creata dai malati che sono costretti a curarsi oltre i confini regionali: in 10 anni il Lazio ha pagato a Stati e altre Regioni ben 2,2 miliardi.

Sbraga alle pagine 16 e 17



**DIECI ANNI DI SANITÀ SINISTRA**

Dal 2012 al 2021 il passivo tra crediti e debiti del Lazio verso altri Stati e Regioni è quasi raddoppiato. Peggio solo Calabria e Campania

# Per curarsi altrove 2,2 miliardi

Questo il bilancio negativo del «pendolarismo sanitario» certificato dalla Corte dei conti

**ANTONIO SBRAGA**

••• Negli ultimi 10 anni è quasi raddoppiato il costo del pendolarismo sanitario dei residenti laziali in fuga per la cura negli ospedali delle altre Regioni. Alle quali, nell'arco del decennio, il Lazio ha dovuto rimborsare queste prestazioni extra-confini per complessivi 2 miliardi e 195 milioni di euro. Passando dai saldi negativi di 118 milioni e 979 mila euro, registrati nel 2011, ai 230 milioni e 710 mila euro del 2020. Di più hanno speso solo Campania e Calabria (rispettivamente con un totale di 2 miliardi e 939 milioni di euro e 2 miliardi e 704 milioni di euro) sul mesto podio della mobilità passiva interregionale, che vede il Lazio al terzo posto, prima della Sicilia (-1.996.936) e della Puglia (-1.842.846).

Queste le cifre che la Corte dei Conti ha indicato nel suo nuovo «Referto al Parlamento sulla gestione finanziaria dei servizi sanitari regionali». Nel quale i magistrati contabili hanno analizzato i bilanci relativi alla «Mobilità sanitaria interregionale - Anni 2012-2021». Ossia le differenze fra i crediti e i debiti maturati, relativi alle cure prestate dai vari servizi sanitari regionali ai residenti in trasferta per ricoveri, interventi chirurgici, esami diagnostici e visite specialistiche.

«La Regione Lazio si conferma con l'indice più alto di

fuga dell'utenza verso altre realtà con un pesante saldo negativo fra mobilità attiva e

passiva, pari a -220 milioni di euro per il 2021», ha scritto la Corte dei Conti anche nella «Relazione di accompagnamento» relativa

al «Giudizio di parificazione sul Rendiconto generale». Quasi i tre quarti di questi rimborsi sono finiti in 2 strutture extraterritoriali, fisicamente ubicate nel Lazio, ma appartenenti a 2 Stati diversi: la Città del Vaticano e Malta. Perché «la mobilità interregionale per ciascun anno include i flussi connessi alla produzione dei servizi sanitari dell'Ospedale pediatrico Bambino Gesù (OPBG) e dell'Associazione dei Cavalieri Italiani del Sovrano Militare Ordine di Malta (ACISMOM)», spiegano i magistrati contabili. Questi «due

istituti, pur essendo entità extraterritoriali, insistono sul territorio del Lazio, e conseguentemente rivolgono la loro attività in via principale a cittadini residenti e stanziali del Lazio. Il valore complessivo dell'attività erogata dalle due strutture e ricom-

preso nella mobilità passiva 2021 è stato pari ad euro 163.996.435», quantifica la Corte dei Conti. Mentre i restanti 57 milioni, invece, il Lazio li deve rimborsare per

le prestazioni erogate ai propri residenti dalle strutture sanitarie delle altre Regioni.

Nonostante il monito della Corte dei Conti, lanciato sin dal suo Rapporto sul coordinamento della finanza pubblica 2021: «nel Lazio il flusso in entrata (8,6 per cento) non riesce a compensare quello in uscita (9,1 per cento)». E la stessa Regione, nella «Programmazione della rete ospedaliera 2021-2023», aveva già indicato «il valore complessivo del debito regionale per prestazioni ospedaliere, nei confronti di altre Regioni, nel 2019, a 274,1 milioni di euro» (a partire dai 51 milioni di rimborsi alla Toscana, quasi 39 all'Abruzzo e 32 all'Umbria).

Comprese le prestazioni ambulatoriali come le Pet: «Le Regioni con maggior potere attrattivo nel 2019 sono state il Molise con 4.375 esami e la Campania con 3.072 esami», riepilogò la stessa Regione Lazio. Che rimborsa la mobilità passiva anche per la Radioterapia, «pari circa all'1% del totale delle prestazioni effettuate dai residenti del Lazio in tutta Italia, con un'importante migrazione verso Campania, Umbria e Abruzzo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

*I «vicini» più attrattivi Toscana, Umbria e Abruzzo (dati 2019) hanno incassato rispettivamente 51, 32, 39 milioni Bene anche il Molise*

*Dove vanno i malati  
Tre rimborsi su quattro finiscono nelle casse di Città del Vaticano e Malta. Il Bambino Gesù accoglie la maggior parte dei flussi*





L'INTERVENTO DELL'ORDINE PROVINCIALE DEI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

# «No alle Case di Comunità ma fondi ai medici di base»

De Lillo sul «bluff» dell'assessore D'Amato: «Così si rischia di investire i soldi del Pnrr in mere operazioni immobiliari»

«Come Ordine siamo davvero molto preoccupati, perché rischiamo di far venire meno nella nostra regione, a Roma e in particolare nella sua provincia, il cardine dell'assistenza territoriale del Sistema sanitario nazionale, ovvero quello rappresentato dai medici di base, che come tanti altri sanitari sono stati gli eroi della lotta alla pandemia. Ricordo che il 95% dei pazienti affetti da Covid è stato curato a domicilio». A fare il punto sulle gravi carenze di organico del Lazio è il vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Roma, Stefano De Lillo. «Dei 5.000 medici in servizio fino a quattro anni fa - continua - adesso ne rimangono 4.400, il 30% dei quali andrà in pensione nei prossimi tre anni. Purtroppo attualmente nel Lazio ne mancano 440 e i corsi di formazione regionali non sono in grado di soddisfare questa carenza. Il rischio è che, soprattutto nella periferia e in alcuni comuni della provincia ci siano aree sguar-nite». «Non pensiamo - tiene a sottolineare il vicepresidente

dente dell'Omceo Roma - che l'attuale idea di riforma della medicina territoriale, basata sulla creazione delle "Case di Comunità", possa essere una risposta, se non con un investimento importante sul capitale umano dei medici e degli operatori sanitari, perché altrimenti si rischia esclusivamente di cambiare la targa alle "Case della Salute", chiamandole "Case di Comunità"». Proprio ieri il nostro quotidiano, su queste stesse pagine, ha svelato il «bluff» dell'assessore alla Sanità del Lazio e candidato del centrosinistra alla presidenza della Regione, Alessio D'Amato, che in piena campagna elettorale ha rilanciato il progetto della vecchie "Case della Salute", forte dei fondi Pnrr messi a disposizione dallo Stato, cambiando il nome in "Case di Comunità". Durante i 10 anni in cui ha di fatto guidato la sanità regionale, però, delle 48 "Case della Salute" annunciate ne ha realizzate appena 22. Ora, potendo contare sui fondi del Piano nazionale di ripresa e resilienza, l'assessore, nono-

stante il parere più che negativo, sul progetto, delle associazioni dei medici laziali, ha rilanciato il progetto facendone un "cavallo di battaglia della sua campagna elettorale, annunciandone addirittura 170. «L'altro pericolo - precisa infatti De Lillo - è quello di sperperare i soldi del Pnrr su investimenti di carattere immobiliare e non sul capitale umano costituito dai medici che devono operare sul territorio, siano essi medici di base, medici della continuità assistenziale o medici specialisti che possono realizzare quella rete capillare territoriale di cui una sanità efficiente e moderna ha bisogno». «Tutto questo - spiega ancora De Lillo - va sicuramente a danno dei cittadini, che rischiano di avere, soprattutto nei prossimi anni, una difficoltà a reperire il medico di libera scelta e, in ogni caso, soprattutto per quelli residenti nei comuni più piccoli della provincia o nelle aree della peri-

feria, il rischio più grande è quello di averlo a una distanza sempre maggiore, con zone territoriali scoperte dalla rete dei medici di famiglia». Eppure la soluzione c'è. «La ricetta passa dalla valorizzazione del medico, dell'operatore sanitario come cardine del Servizio sanitario nazionale. Bisogna investire maggiormente nella formazione di un numero sempre più elevato di medici, specializzando più medici, laureando più medici, formando più medici di medicina generale e rendendo attrattiva questa professione e impedendo che i giovani vadano all'estero, dove i medici hanno retribuzioni più alte».

RED. CRO.

*Hinterland a corto di dottori  
Roma in 4 anni ha perso 600  
unità. Dei 4400 rimasti, il 30%  
andrà in pensione entro il 2025*

12. ROMA

## VERSO LE REGIONALI

L'assessore alla Sanità del Lazio in 10 anni ha aperto solo 22 strutture territoriali delle 48 annunciate. E ora dà i numeri: saranno 170

# Bluff sulle Case della Salute

D'Amato cambia nome a un fiasco, le trasforma in «della Comunità» e le rilancia nella sfida coi fondi Pnrr

ANTONIO SBARGA

«Tutte le "Case della Salute" a quel che le "della Comunità", cambia il nome, ma non il modello per la Regione Lazio, incrementando il numero di strutture certificate da medici, infermieri e altri. L'assessore regionale alla Sanità, Alessio D'Amato, ha l'intento di avere finanziato 170 "Case di Comunità", indicando le

**Voci contrarie**  
I presidi considerati superati dai medici secondo i quali fatti è un inutile accanimento

che tra i punti principali del suo programma da aspirante governatore. Le "Case della Comunità" sono strutture sanitarie territoriali, promozioni un modello di intervento medi-

stocinare il modello "Case della Salute", ha scritto, infatti, la Regione. Nonostante delle bocciature che - più riprese, sono arrivate dagli stessi comitati sanitari, tutti sotto le "Case della Salute" che avrebbero dovuto contribuire a far diventare gli accessi impropri al Pronto soccorso. Sarebbe invece stato meglio aprire punti di medicina specialistica o territoriale per incrementare l'offerta di assistenza nel- l'ultimo di assistenza nel 2019 in un comunicato (Dadue dei medici di famiglia e primari del Pronto Soccorso del Lazio. Dispositivi ribaditi nei giorni scorsi anche da Tullio Marfelloni, presidente della società scientifica di medicina interna (Fadim) - L'obiettivo delle "Case della Comunità" e gli ospedali di Comunità sono vecchi. Sono modelli che abbiamo già definito e spri-



Alessio D'Amato, assessore alla Sanità del Lazio, è candidato per il centrosinistra

mentari che spesso non funzionano e lo abbiamo visto per esempio con Covid. Erano pensati da anni anche in alcuni grandi centri regionali, come quello del Lazio, ad esempio. E non mi sembra che si debba invece mutare il nome delle "Case della Salute" se vi sia stata una maggiore capacità di finanziare per esempio la popolazione. Negli ultimi 5 anni nel Lazio sono state aperte meno della metà delle "Case della Salute" annunciate, solo 22 a fronte delle 48 annunciate, solo una per ciascuna. Un numero ancora più basso, circa 10, se si considerano le "Case della Salute" annunciate nel 2011 e 2012, quando il piano, 5 anni dopo, prevedeva che il numero delle "Case della Salute" dovesse essere di circa 40. Per le "170 Case della Comunità" sono previsti costi di realizzazione pari a 150,5 milioni di euro in fondi Pnrr.

IL TEMPO  
Lunedì 22 gennaio 2023

Svelato  
Il «bluff»  
dell'assessore  
Alessio D'Amato  
sul progetto  
Case della Salute  
rivelato  
sull'edizione  
de Il Tempo  
di ieri

Per curarsi oltre 2,2 miliardi

Il servizio di telemedicina è stato attivato in tutta la regione Lazio. I medici possono così intervenire in tempo reale sui pazienti che si trovano in ospedale o a casa. Il servizio è gratuito e si attiva attraverso un'applicazione mobile o un computer. Il servizio è stato attivato in tutta la regione Lazio. I medici possono così intervenire in tempo reale sui pazienti che si trovano in ospedale o a casa. Il servizio è gratuito e si attiva attraverso un'applicazione mobile o un computer.

CONVENTION

Tragedia in Maternità Dal 4 gennaio alla notte del decesso. La madre: «Chiedevo aiuto, nessuno mi ha dato una mano»

# Neonato morto, i tre giorni fatali

Ricostruito il dramma nel reparto del Pertini. L'ospedale: «Consegnati tutti i documenti»

Nella notte tra il 7 e l'8 gennaio la mamma di Marco (nome di fantasia) lo allatta. Ma si addormenta con lui e girandosi nel letto lo schiaccia: il piccolo muore soffocato. «Per tre giorni ho chiesto aiuto, nessuno mi ha dato una mano», dice la madre. Il Pertini: «Attivato un audit e consegnati ai ma-

gistrati tutti i documenti».

a pagina 2 **G. De Santis**  
e **Salvatori**

## NEONATO SOFFOCATO LA RICOSTRUZIONE

# I tre giorni della tragedia al Pertini: il travaglio, la nascita, il sonno, la morte

La madre: «Nessuno mi ha aiutato». L'ospedale: «Consegnati tutti i documenti»

«L'azienda, come da prassi, ha attivato immediatamente un audit clinico per verificare la correttezza e l'aderenza alle *best practice* e l'appropriatezza delle procedure. E ha consegnato alla magistratura tutta la documentazione al fine di consentire uno svolgimento delle indagini che conduca, il più rapidamente possibile, a ricostruire la dinamica degli avvenimenti e ad accertare eventuali responsabilità». La direzione strategica della Asl Roma 2 non si sottrae alle verifiche per scoprire la verità su quanto accaduto, la notte tra il 7 e l'8 gennaio, al piccolo Marco (nome di fantasia). La mamma e il papà avevano deciso che sarebbe nato al Pertini, ma il bimbo è morto dopo tre giorni soffocato dal peso del corpo della donna che si è addormentata con lui nel letto dopo averlo allattato. Le versioni di famiglia e ospedale,

però, divergono: sarà la magistratura a dover chiarire tutti i punti ancora oscuri, ricostruendo i tre giorni della tragedia.

### 5 gennaio: il parto

Tutto ha inizio il 4 di gennaio,

quando una donna incinta, 30 anni, che vive con il compagno alle porte di Roma, rompe le acque e raggiunge il Pertini. Lo stesso in cui era nata lei. Qui inizia il travaglio, «lungo 17 ore» riferisce il papà di Marco. Che nasce il 5 gennaio. Un

bimbo sano, 3 chili di peso, bello proprio come lo avevano immaginato. Il primo della coppia. Il primo nipote per la famiglia intera.

### I primi giorni

I giorni successivi sono faticosi. Faticosissimi. Tra forze da recuperare dopo il parto per la neomamma, allattamento, risvegli frequenti del bambino. La stanchezza avanza. «Per tre giorni ho chiesto aiuto», ha raccontato ieri la giovane, «mi hanno risposto che non era possibile». Una versione che i sanitari negano. Le norme anti Covid negli ospedali sono ancora stringenti. Lo sono anche al Pertini, punto nascita dove nel 2022 si sono eseguiti 916 parti e dove è attiva la pra-

tica del rooming-in «per sostenere il contatto tra neonato e mamma, sin dalle prime ore dopo la nascita. Le puerpere vengono informate dei rischi

connessi alla gestione del bambino e devono sottoscrivere il modulo di accettazione».

### Notte tra 7 e 8 gennaio

Nel reparto di Ginecologia e ostetricia la mamma viene svegliata dal pianto del piccolo Marco. Ha fame, è ora della poppata. La donna si alza, lo prende lo allatta. Ma si addormenta insieme al suo piccolo. E girandosi nel letto lo schiaccia con il suo peso. Marco muore soffocato. E qui c'è un altro mistero. Sono stati gli infermieri a dare l'allarme? Op-



pure è stata un'altra paziente? Quando arrivano i soccorsi è comunque troppo tardi. Si prova a rianimare il bimbo poi trasferito in terapia intensiva, ma il suo cuoricino ha smesso di battere. Alle infermiere il compito di comunicarlo alla mamma che non riescono a svegliare.

### Gli esami

Oltre alla autopsia sul piccolo, che confermerà il soffocamento, vengono effettuati gli esami tossicologici sulla donna, proprio a causa di quel sonno pesante che non si riu-

sciva a interrompere. Ieri i risultati: la donna non aveva assunto farmaci, né droghe. Era distrutta e adesso i magistrati dovranno stabilire se ci siano state negligenze o se Marco sia vittima di una terribile fatalità.

**Giulio De Santis  
Clarida Salvatori**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La parola

### COS'È IL ROOMING IN

Praticato ormai in molti ospedali, il *rooming in*, cioè la possibilità di tenere vicino il proprio neonato fin dai primi momenti di vita, ha molti benefici a patto che - spiega il sito del Gruppo San Donato - questa opportunità non venga imposta e che la mamma non si senta abbandonata a

se stessa. Il *rooming in*, secondo diversi studi, favorisce l'instaurarsi di un legame profondo mamma-figlio; migliora l'umore della donna e tranquillizza il neonato; aiuta a prevenire la depressione-post partum; riduce gli episodi di pianto del piccolo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Il caso

● Una donna di 30 anni che vive con il compagno vicino a Roma la notte tra il 7 e l'8 gennaio scorso ha allattato il suo bimbo al Pertini

● Poi si è addormentata. Nella notte si scopre che il piccolo, nato il 5 gennaio, non respirava più

**La firma**  
«Aveva firmato le carte per il rooming in»

L'ingresso del reparto di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale Pertini dove è morto il neonato, soffocato nel letto dalla madre (foto Benvenuti/LaPresse)



# «Per tre notti ho chiesto aiuto Poi il mio bambino è soffocato»

Roma, la mamma del neonato morto al Pertini: io abbandonata, pretendo giustizia

**ROMA** «È come se fosse successo ieri. Ancora sto mettendo in ordine quello che ho passato in quei giorni. Pretendo che sia fatta chiarezza sulla morte del mio bambino». Sono passate due settimane dalla tragedia all'ospedale Sandro Pertini. Anna, un nome di fantasia, non riesce a pronunciare più di tre parole senza che le lacrime le impediscano di andare oltre. Un misto di rabbia e dolore accompagna la giovane donna che abita con la famiglia alle porte di Roma. Mentre la magistratura e la polizia indagano per individuare eventuali responsabilità della struttura sanitaria nel decesso per soffocamento del bimbo che aveva appena dato alla luce, la notte fra il 7 e l'8 gennaio scorsi nell'ospedale romano, la mamma — tramite il suo avvocato Alessandro Palombi, che assiste lei e il compagno — accetta di rispondere ad alcune domande.

**Ricorda cosa è successo quella notte?**

«Ero ancora molto stanca, piuttosto provata dal parto, dopo 17 ore di travaglio, il 5 gennaio. Ero entrata in ospedale

il giorno precedente, avevamo scelto il Pertini perché ero affezionata a questo posto visto che ci sono nata anche io. Per due notti, quella dopo aver partorito e quella successiva, sono riuscita, a fatica, a tenere il bambino vicino a me. Ero stravolta, ho chiesto aiuto alle infermiere, chiedendo loro se potevano prenderlo almeno per un po', mi è sempre stato tuttavia risposto che non era possibile portarlo nella nursery. E lo stesso è accaduto la notte di sabato. Anzi, mi sentivo peggio dei giorni precedenti. Ho chiesto ancora di prendere il bimbo, non l'hanno fatto. Due notti ho resistito, l'ultima ero davvero affaticata. «Non è possibile», mi è stato risposto ancora una volta».

**Come stava il bambino fino a quel momento?**

«Benissimo, in piena salute. Pesava più di tre chili. Le infermiere mi hanno dato alcune indicazioni su come mettermi sul letto per allattarlo, ma a parte la stanchezza avevo sempre una flebo attaccata al braccio. Mi muovevo con difficoltà. Poi quella notte sono crollata, non ce la facevo

proprio. Da quel momento non ricordo più nulla».

**Fino a quando?**

«All'improvviso, nel cuore della notte, sono stata svegliata dalle infermiere: il bambino non stava più nel letto con me. Senza dirmi una parola, mi hanno fatto alzare e mi hanno portato in una stanza vicina: lì mi hanno comunicato che il bimbo era morto. Non ricordo che fosse presente una psicologa, e nemmeno che mi abbiano dato una spiegazione più approfondita. Di sicuro non mi hanno detto come era successo. A quel punto non ho capito più niente, mi è crollato tutto addosso. Forse sono anche svenuta».

**Quando ha appreso la notizia di quello che era successo al piccolo?**

«Ho realizzato a poco a poco. Non ricordavo niente di quella notte. Non capisco come sia potuta succedere una cosa del genere: ho chiesto aiuto per tre notti di seguito al personale del reparto in cui ero stata ricoverata (Ostetricia e ginecologia, ndr), non mi hanno ascoltato. Due giorni dopo, il 10 gennaio, ho firmato le dimissioni e sono torna-

**Le 17 ore di travaglio**

«Ero davvero stravolta. Supplicavo le infermiere di tenerlo, mi hanno detto di no»

ta a casa. Adesso pretendo giustizia».

Anna, 30 anni, il compagno di 36, che non sono stati sentiti dai pm, e gli altri familiari non hanno ancora sporto denuncia. «Questo passo non è stato ancora compiuto — spiega l'avvocato Palombi — perché in realtà l'indagine è scattata d'ufficio. Abbiamo massima fiducia nel lavoro dei magistrati». La procura ha aperto un fascicolo contro ignoti per omicidio colposo, gli agenti del commissariato Sant'Ippolito si sono recati nel pomeriggio dell'8 gennaio al Pertini su richiesta della direzione sanitaria: acquisite le cartelle cliniche di bimbo e madre (negativa agli esami sull'assunzione di farmaci) e i turni di servizio di medici e infermiere di Ostetricia dal 4 all'8 gennaio scorsi.

**Rinaldo Frignani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La vicenda

● Lo scorso 8 gennaio nel reparto di ginecologia dell'ospedale Pertini di Roma un neonato è stato trovato morto nel letto della madre, soffocato dalla stessa che si era addormentata mentre lo allattava

● È stato accertato che la donna non aveva assunto droghe o farmaci. La donna ha fatto sapere che, stremata dopo 17 ore di travaglio, ha chiesto per tre notti alle infermiere di essere aiutata



## Le ostetriche: può accadere ancora Ora si indaga sui turni in reparto

### L'INCHIESTA

ROMA Sono stati acquisiti i turni del personale medico, ostetrico e infermieristico che la notte tra il 7 e l'8 gennaio era in servizio all'ospedale "Pertini" di Roma quando all'1,40 è stato dichiarato il decesso di un bimbo dato alla luce tre giorni prima. L'ipotesi è che il neonato sia stato schiacciato - e quindi soffocato per via della compressione della piccola cassa toracica - dal corpo stesso della mamma che si era addormentata durante l'allattamento, sfinita dopo un lungo travaglio e per le sue conseguenze. Gli occhi degli inquirenti sono puntati in particolare sulle due infermiere del nido che erano al lavoro quella notte, oltre che sull'ostetrica. La pm Maria Sabina Calabretta vuole capire chi fosse realmente incaricato della sorveglianza di mamma e bambino e come mai non si sia potuto intervenire tempestivamente per salvarlo. Questo al netto del fatto che si dovranno comunque aspettare gli esiti degli esami istologici fatti dal medico legale Luigi Cipoloni durante l'autopsia, per stabilire con maggiore esattezza la causa della morte ed escludere definitivamente che possa essersi trattato di un caso di SIDS (dall'inglese "Sudden Infant Death Syndrome"), ossia di decesso improvviso e inspiegabile del lattante al di sotto dell'anno d'età, o di una crisi respiratoria causata da una malformazione congenita che non era stata ancora diagnosticata.

### IL PROTOCOLLO

Nella lente degli inquirenti, inoltre, è finito il protocollo del "Rooming in" adottato nel reparto di Ginecologia dell'ospedale romano, che contempla appunto la pratica di fare stare accanto madre e figlio fin da subito dopo il parto, affidandone interamente a lei la cura. Una practice, tra l'altro, che sarebbe stata cambiata dalla direzione sanitaria il 16 gennaio, dopo

la morte del piccolo, in virtù di una delibera di fine 2022. Al momento il fascicolo aperto dai magistrati di piazzale Clodio per omicidio colposo resta contro ignoti. Il ministero della Salute, dal canto suo, ha chiesto una relazione dettagliata alla Regione Lazio sull'accaduto.

La direzione strategica della Asl 2, nella cui competenza rientra il Pertini, ieri ha fatto sapere che «la pratica del Rooming-in è ormai consolidata nel contesto nazionale ed internazionale per sostenere il contatto tra neonato e mamma, sin dalle prime ore dopo la nascita. Tutte le puerpere - si legge nella nota - vengono informate dei rischi connessi alla gestione del bambino venendo peraltro edotte, anche con la sottoscrizione di un modulo, sulle azioni da effettuare per evitare il verificarsi di eventi avversi». Secondo la Asl, inoltre, alle pazienti è stata assicurata «un'adeguata presa in carico», respingendo in materia categorica «che le madri non siano seguite» e che vi siano «carenze di personale in servizio», come denunciato dalla famiglia del bimbo deceduto.

Intanto, come da prassi, l'azienda sanitaria ha attivato un audit clinico, una sorta di indagine interna,

per verificare la correttezza e l'aderenza alle best practice e l'appropriatezza delle procedure. Anche la denuncia della morte del piccolo è stata presentata alla polizia dall'ospedale stesso.

### L'ALLARME DEI SINDACATI

Eppure, al Pertini si teme che il caso del bimbo possa addirittura ripetersi. «Se prima del 16 gennaio a occuparsi del neonato era l'infermiera del nido e della madre l'ostetrica - denuncia Michele Cipollini, delegato Uil - adesso con l'entrata in vigore del "nuovo modello organizzativo per la gestione autonoma" per entrambi la sorveglianza è stata affidata alle ostetriche che sono poche e insufficienti. Sono preoccupate e dopo quello che è accaduto hanno paura, a maggior ragione, che il caso del bimbo morto non resti isolato. L'altra notte, per esempio, l'unica ostetrica di turno al Pertini è stata chiamata in sala parto e su in Ginecologia non c'era nessuno». «E in Ginecologia da tempo ormai non ci sono infermieri - conclude il sindacalista - In questo ospedale pubblico, per la prima volta, non a caso, sono stati chiamati infermieri di cooperativa e chi presta servizio lo fa in condizioni di stress».

Per ora nell'inchiesta c'è solo una certezza: la 29enne mamma del piccolo è risultata negativa a tutti i test tossicologici e quindi è stata accantonata l'ipotesi che quella notte potesse avere assunto dei farmaci o altre sostanze.

**Valeria Di Corrado  
Alessia Marani**

**DOPO LA TRAGEDIA  
IL PERTINI CAMBIA  
LE REGOLE SULLA  
SORVEGLIANZA  
CARENZA DI PERSONALE  
SOTTO ACCUSA**



Puericultrici in una nursery ospedaliera



## CALABRIA

# Tutti i medici sono obiettori, aborto impossibile a Cosenza

CLAUDIO DIONESALVI,  
SILVIO MESSINETTI  
Cosenza

■ «Purtroppo l'aborto è una libertà delle donne» sentenziava la ministra della Famiglia, Eugenia Roccella, qualche giorno fa in diretta televisiva. Tuttavia gli antiabortisti non albergano solo nelle stanze dei ministeri. Ancor più grave è che stazionano nelle corsie d'ospedale. E così può accadere che in Calabria, in uno dei nosocomi più grandi del Mezzogiorno, abortire sia praticamente impossibile. All'ospedale civile Annunziata di Cosenza sono tutti obiettori i 13 ginecologi assunti stabilmente in reparto, così come quasi tutte le ostetriche, ovvero 24 su 26. C'è soltanto un medico, le cui prestazioni sono fornite «a gettone» (e quindi ben remunerate), che pratica l'interruzione volontaria di gravidanza su un territorio da 700mila abitanti. Una situazione grottesca e illegale su cui a breve dovrà rispondere il ministro della Salute Orazio Schillaci.

Quello cosentino non è un caso isolato. Da una mappa dell'Associazione Luca Coscioni del 2022 emerge che in Italia sono una dozzina gli ospedali con il 100% di ginecologi obiettori. La parlamentare cosentina Anna Laura Orrico, il 18 gennaio, ha depositato un'interrogazione a risposta scritta alla Camera, per sapere quali iniziative intenda avviare il ministro della Salute «per verificare se all'ospedale civile di Cosenza venga adeguatamente fatta rispettare la legge n. 194 del 1978 e se il servizio fornito per l'interruzione volontaria di gravidanza possa essere al momento considerato efficace e continuativo, se al contempo venga in questo modo garanti-

to il diritto al salute delle donne costituzionalmente contemplato per tutti i cittadini all'articolo 32». È vero che la legge 194 all'art.9 garantisce l'obiezione ma la vincola ad alcune condizioni che la rendono per questo anche revocabile. In effetti, lo status di obiettore non esonera dall'assistenza antecedente e conseguente alla procedura vera e propria di interruzione e non può essere invocato quando il proprio intervento «è indispensabile per salvare la vita della donna in imminente pericolo». La normativa inoltre prescrive che gli enti ospedalieri e le case di cura autorizzate siano tenute «in ogni caso ad assicurare» che l'IVG si possa svolgere. Sono poi le singole regioni a dover controllare e garantire l'attuazione del diritto all'aborto «anche attraverso la mobilità del personale».

Dal 2020, quando il ministero ha aggiornato le linee guida per la somministrazione della pillola abortiva RU 486, il metodo farmacologico può essere svolto anche all'interno dei consultori. Quindi si potrebbero decongestionare gli ospedali. Le linee guida, però, non sono mai state recepite dalla regione Calabria. In Piemonte la pillola è in uso dal 2009, negli ospedali calabresi dal 2019. Nell'emergenza sanitaria permanente, i consultori comunque non possono somministrarla, perché mancano gli ecografi indispensabili per definire il periodo di gestazione. Da anni il collettivo Fem.In. lotta per il diritto all'interruzione di gravidanza. A Cosenza l'ultimo sit-in di protesta risale al dicembre scorso. Dalla direzione amministrativa le femministe hanno ottenuto la promessa di assumere due medici per evitare che salti il servizio quando

uno è assente. Si è definita una convenzione con l'Asp per impiegare un altro medico «a gettone», ma sinora ciò non è avvenuto. «L'obiezione – spiega la portavoce Vittoria Morrone – è problematica già sul piano normativo, perché è interpretata da chi non vuole permettere alle donne di abortire. Il problema è che la questione è trattata ancora in modo politico. Sappiamo infatti che molti obiettori di coscienza sono tali per equilibri interni ai reparti. Se i medici non si dichiarano obiettori, devono svolgere più turni di lavoro. Ed è difficile per loro fare carriera. A riprova di ciò, accade che tutte le volte che è assunto nuovo personale sanitario, medico e non, dopo pochissimi giorni si dichiarano tutti obiettori. È chiaro – conclude la militante di Fem.In. – che noi continueremo ad esercitare pressioni sulla direzione sanitaria e sul nuovo commissario regionale alla Salute». E se il presidente di regione Roberto Occhiuto sul punto finora tace, ora si attende la risposta di Schillaci. Intanto, per esercitare un proprio diritto le donne calabresi devono sconfinare in Puglia o emigrare al nord.

**Interrogazione al ministro Schillaci per sapere se la 194 «viene applicata correttamente»**

