



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

26 Gennaio 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

INTERVISTA A SCHILLACI

«Ridaremo la sanità ai medici»

Il ministro: «Troppi errori. Ora più specializzandi e meno code»

Maria Sorbi

■ «Correggere dieci anni di errori». Non è semplice la missione di Orazio Schillaci, chiamato a sistemare la

Sanità. Il suo piano: più posti per gli specializzandi, sicurezza in ospedale, meno code in Pronto soccorso, cure a casa e «serenità» ai medici. a pagina 18

l'intervista » Orazio Schillaci

«Così guarirò la nostra sanità dagli ultimi 10 anni di errori»

*Più posti in specializzazione, pulizia fra i gettonisti
Il ministro promette ai medici: «Vi ridarò serenità»*

Maria Sorbi

■ Guerra ai medici gettonisti, nuove assunzioni, accesso regolato alle borse di studio. Il ministro alla Salute Orazio Schillaci ragiona da medico e rettore. E sbrogia le matasse che si è trovate sulla scrivania, frutto di «anni di politiche dissenate».

Come intende arginare la fuga dei medici dai Pronto soccorso?

Sono previsti interventi sui medici a gettone?

«I gettonisti sono un fenomeno intollerabile di cui mi sono occupato disponendo ispezioni dei Nas presso le cooperative. Controlli che hanno fatto emergere casi di frode e di impiego di personale medico privo di requisiti. Tutto ciò è frutto di dieci anni di programmazione sbagliata e di una dissenata politica dei tagli alla sanità da parte dei governi che ci hanno preceduto da almeno 10 anni, da Letta a Renzi, da Gentiloni a Conte. Verranno reclutati nuovi professionisti e restituita la giusta serenità a quanti sono già in servizio».

Come riprogrammare gli accessi alle facoltà di Medicina?

«Anche in questo campo scontiamo errori che si sono accumulati in passato quando venivano

messe a bando migliaia di borse di specializzazione meno del necessario, determinando così la carenza di medici specializzati che oggi noi siamo chiamati ad affrontare in emergenza. Ora occorre rivedere insieme al ministero dell'Università il tema degli accessi ai corsi di laurea in medicina e alle scuole di specializzazione».

Come tutelare i medici da violenze e aggressioni?

«Riattivando i posti di polizia nei pronto soccorso più a rischio. Ho già riunito l'osservatorio sulla sicurezza delle professioni sanitarie per parlare delle altre misure da prendere».

I medici internisti Fadoi denunciano che un milione di anziani soli restano in ospedale più del dovuto perché nessuno si prende cura di loro. Come rimediare?

«L'ospedale dovrebbe occuparsi delle urgenze. Uno degli investimenti del Pnrr punta, entro il 2026, ad aumentare le prestazioni in assistenza domiciliare integrata fino alla presa in carico del 10% degli over 65. La pubblicazione del decreto di assegnazione delle risorse è previsto entro giugno».

A che punto è il piano delle Case di comunità?

«Il Pnrr fissa al 2026 la realizzazione delle 1.350 Case della Comunità in cui il cittadino dovrà trovare equipe multispecialistiche, 7 giorni su 7, h24».

L'Istat dice che nel 2021 l'11% degli italiani ha rinunciato alle cure per ragioni economiche o difficoltà di accesso al servizio. Una sconfitta per la sanità pubblica?

«Non c'è solo un problema di risorse ma di modelli organizzativi da migliorare. Puntiamo ad una reale integrazione tra ospedale e territorio, oggi i cittadini continuano ad affollare il pronto soccorso perché non trovano alternative valide sul territorio».

Nella Manovra non si parla dei 20 milioni per il Piano on-



il Giornale

cológico azionale.

«Con l'emendamento al decreto Milleproroghe contiamo di garantire i fondi al Piano. Per quanto riguarda il recupero delle liste d'attesa, la legge di bilancio 2022 aveva stanziato 500 milioni di euro alle Regioni. Sto verificando lo stato di attuazione dei piani regionali».

Aifa. Dopo Magrini, chi sarà il nuovo dg e che missione avrà all'interno dell'agenzia del farmaco?

«L'ente sarà governato in via temporanea da Anna Rosa Marra, funzionario con maggiore anzianità già responsabile del servi-

zio di farmacovigilanza. Il suo compito terminerà con la definizione del nuovo regolamento che ridisegna la governance di Aifa che contiamo di produrre in 2-3 mesi. Il nuovo assetto, incentrato sulla figura del Presidente e di due direttori, uno amministrativo e uno scientifico, garantirà più efficienza e rapidità nell'approvazione dei medicinali».

Vaccini. La campagna sembra andare un po' a rilento.

«Uno dei miei primi atti ministro della Salute è stato rafforzare la campagna di sensibilizzazione sul vaccino antinfluenzale

e i richiami anti Covid. Abbiamo realizzato uno spot televisivo per invitare a mantenere un comportamento responsabile nei confronti del Covid e dell'influenza stagionale, promuovendo la vaccinazione, strumento di primaria importanza per proteggere se stessi e gli altri. Rafforzeremo la collaborazione con le professioni sanitarie, società scientifiche, associazioni di pazienti e del volontariato, insieme alle regioni e province autonome».

SICUREZZA

Polizia nei Ps
più a rischio
Convocato
l'Osservatorio
per un piano
anti violenza

ANZIANI

Entro il 2026
cure a casa
per il 10%
degli over 65,
in corsia solo
le urgenze

TERRITORIO

Niente code
in Ps, fra 3
anni pronte
1.350 case
di comunità
sempre attive



IL RAPPORTO CREA Sanità, mancano almeno 50 miliardi

■ ■ Alla sanità pubblica mancano almeno 50 miliardi per arrivare a un'incidenza media sul Pil analoga agli altri paesi Ue, nel 2021 ci siano attestati a meno 38% circa. Servirebbero 30mila medici e 250mila infermieri. Il rapporto Crea avverte: andiamo verso un «universalismo selettivo». **POLLICE A PAGINA 7**



Sanità sottofinanziata di 50 miliardi

Il rapporto Crea: mancano 30mila medici e 250mila infermieri, andiamo verso un «universalismo selettivo»

ADRIANA POLLICE

■ ■ Alla sanità pubblica italiana mancano almeno 50 miliardi per arrivare a un'incidenza media sul Pil analoga agli altri paesi Ue: nel 2021 ci siano attestati a meno 38% circa (meno 12% di spesa privata e meno 44% circa di spesa pubblica). Il dato è contenuto nel rapporto del centro di ricerche Crea Sanità curato da Federico Spandonaro, Daniela D'Angela, Barbara Polistena, al quale hanno preso parte oltre 30 tra ricercatori ed esperti, molti dei quali operano presso l'Università di Tor Vergata di Roma e l'Università telematica San Raffaele.

LA SPESA SANITARIA dal 2000 al 2021 è salita in media del 2,8% ogni anno, il 50% in meno degli altri paesi Ue di riferimento. «Per recuperare - si legge - servirebbe una crescita del finanziamento di 10 miliardi all'anno per 5 anni più quanto necessario per garantire la stessa crescita degli altri paesi, ovvero altri 5 miliardi». Tuttavia, prosegue il report, «nei documenti di finanza pubblica sono previsti meno di 2 miliardi per anno, un settimo del neces-

sario». Senza i fondi necessari per mantenere il servizio sanitario nazionale universalistico (o una crescita consistente del Pil) si arriverà a un «universalismo selettivo» senza equità di accesso. Nel 2021 il finanziamento pubblico si è fermato al 75,6% della spesa contro una media Ue dell'82,9%. La spesa privata incide per il 2,3% sul Pil (contro una media Ue del 2%) pari a 1.800 euro a nucleo familiare, scaricando ad esempio sulle famiglie oltre un miliardo di uscite per farmaci rimborsabili. Aumenta anche il disagio economico per le spese sanitarie che colpisce il 5,2% delle famiglie. Inoltre, 378.627 nuclei familiari (l'1,5%) si impoveriscono per le spese sanitarie e 610.048 (il 2,3%) sostengono spese cosiddette «catastrofiche».

CARENZA DI PERSONALE. Dovremmo investire 30,5 miliardi per allinearci agli organici Ue: in Italia i medici ogni mille abitanti sono un po' di più ma, se si considera la popolazione over 75, ne potrebbero mancare circa 30mila e per il riequilibrio se ne dovrebbero assumere almeno 15mila ogni anno

per i prossimi 10 anni considerati i pensionamenti (circa 12mila l'anno). La carenza di infermieri è anche più grave: supera le 250mila unità rispetto ai parametri Ue e, comunque, solo per il nuovo modello disegnato dal Pnrr ne servirebbero 40/80mila in più. Di nuovi infermieri, quindi, ne servirebbero 30/40mila l'anno considerando i pensionati (circa 9mila l'anno).

NUMERI IRRAGGIUNGIBILI anche per la scarsa attrattività del settore rispetto al resto del continente: entrano in Italia meno dell'1% dei medici contro il 10% (fino al 30%) negli altri paesi; meno del 5% degli infermieri contro il 15% del Regno Unito e il 9% della Germania. «I medici italiani guadagnano in media il 6% in meno e gli infermie-



il manifesto

ri in media il 40% in meno dei loro colleghi europei. Se, oltre agli organici, si volesse considerare anche la necessaria rivalutazione delle retribuzioni, l'onere per la spesa corrente del Ssn crescerebbe a 86,8 miliardi di euro. Senza risorse e senza personale è anche impossibile recuperare il 65% di prestazioni perse durante la pandemia».

SOSTENERE il servizio sanitario con fondi e personale adeguati è la priorità. Il governo potrebbe però eludere il problema con un emendamento proposto dall'Udc nel Milleproroghe che, se passasse, consentirebbe ai medici dipendenti o convenzionati con il Ssn di rimanere in servizio fino a 72 anni su base volontaria (misura finanziata con 10 milioni di euro). Mentre un altro emendamento di FdI prevede la permanenza

su base volontaria fino a 70 anni. La reazione dei sindacati è stata un no secco: «Le forze di

maggioranza hanno riproposto una misura già bocciata nell'ultima legge di bilancio che non riduce il ricorso alle cooperative ma produce il congelamento delle carriere e delle assunzioni negli ospedali in un momento in cui il numero di contratti di formazione specialistica registra un notevole incremento».

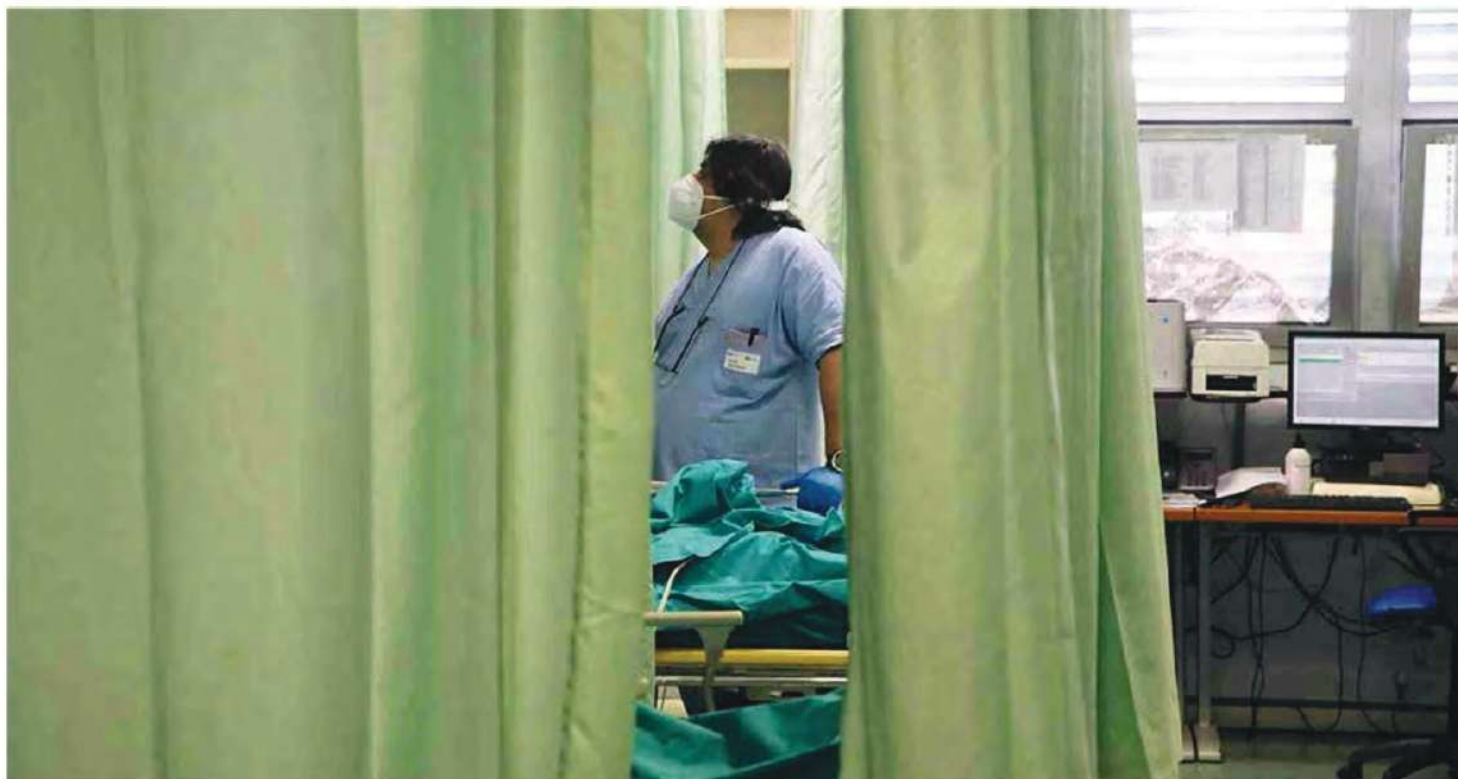
ANCHE DI QUESTO si è discusso ieri all'incontro tra il ministro della Salute Schillaci e l'intersindacale che riunisce le principali sigle del comparto. È stato deciso, recita la nota delle organizzazioni di categoria, di istituire un tavolo permanente per «ripristinare le relazioni sindacali, trovare soluzioni ai tanti problemi del nostro sistema la cui ripresa non può essere affidata al mantenimento in servizio fino a 72 anni dei medici, dirigenti e veterinari».

ALTRO PUNTO è riformare il dm 70, cioè l'assetto del sistema ospedaliero varato nel 2015, «strumento ormai obsoleto». E

ancora: abbattere i tetti di spesa per l'assunzione di personale; rivedere i fabbisogni; una riforma del sistema formativo con l'introduzione del contratto di formazione lavoro; risorse extra «per restituire dignità ai sanitari». Infine: «Occorre una forte innovazione del rapporto di lavoro di categorie che sono assediata dal mercato privato, pronto a sottrarne le abilità».

Rispetto alla media Ue, i medici guadagnano il 6% in meno, gli infermieri il 40%

Sindacati: «No a lavorare fino a 72 anni, misura già bocciata in legge di Bilancio»



Medici in pensione

Il governo tenta di alzare l'età fino a 72 anni. Sindacati: proposta inaccettabile

Non solo non riduce il ricorso alle cooperative per il lavoro notturno e festivi, ma - spiegano le sigle - produce congelamento delle carriere, delle assunzioni negli ospedali e formazione specialistica

PAGINA

5

Cecilia Augella

LA PROPOSTA arriva dalle forze politiche di maggioranza

Medici in corsia fino a 72 anni: è inaccettabile

Il tentativo di alzare a 72 anni l'età pensionabile dei medici convenzionati e dipendenti, ospedalieri e universitari, già bocciato nella legge di bilancio 2023, torna a riaffacciarsi. Le forze politiche di maggioranza l'hanno riproposto, in sede di conversione del decreto milleproroghe. "Una proposta indecente, un colpo di mano in una sede legislativa inappropriata, un regalo a potenti lobbies universitarie, con il pretesto della grave carenza di medici". Questo il commento dell'intersindacale della dirigenza medica, sanitaria, veterinaria composta dalle sigle Anaa Assomed - Cimo-Fesmed (Anpo-Ascoti - Cimo - Cimop - Fesmed) - Aaroi-Emac - Fassid (Aipac-Aupi-Simet-Sinafo-Snr) Cisl medici- Fp Cgil medici e dirigenti Ssn- Fvm federazione veterinari e medici. "Dopo che il rapporto Ocse 2022 pone l'Italia

al primo posto in Europa per l'età media dei medici dipendenti, con il 56% della categoria che ha più di 55 anni, non è accettabile che l'unica risposta alla carenza di risorse umane sia un espediente - commentano indignate le sigle. Una proposta del genere non solo non riduce il ricorso alle cooperative per il lavoro notturno e festivo, interessando personale che notoriamente non lavora di notte e di domenica, ma - spiegano le sigle - produce congelamento delle carriere e delle assunzioni negli ospedali, con un danno consistente per le donne e i giovani, in un momento in cui il numero di contratti di formazione specialistica registra un notevole incremento". Il Servizio



Conquiste del Lavoro

Giornale del CNL - Associazione Unita di Ginecologia

sanitario nazionale ha bisogno di interventi strutturali - ricordano le organizzazioni sindacali - primo tra tutti l'abolizione del tetto di spesa sul personale, che è la madre di tutte le battaglie, per consentire l'immediata assunzione dei giovani medici, anche specializzandi, pronti ad entrare nel Ssn ma, di fatto, bloccati proprio da chi ha interesse a sostituirli con i pensionati. "La crisi della sanità pubblica non si risolve con l'utilizzo di medici ultrasessantenni o il reintegro dei no vax, che, come armi di distrazione di massa, sono la spia della volontà di non affrontare il problema. Nè con il lavoro a cottimo dei medici "gettonisti", italiani o stranieri che siano, che mina la sicurezza delle cu-

re aumentando il rischio clinico e l'esposizione (anche assicurativa) dei medici, dirigenti sanitari e veterinari e nel contempo mina la sicurezza dei conti consentendo un uso extra contrattuale di risorse. Tantomeno - continua la nota - si risolve con un metodo di calcolo del fabbisogno di specialisti che, come nel recente documento elaborato da Agenas, mira al massimo ribasso. Interventi del genere non sono accettabili nemmeno con la giustificazione del male minore". "Siamo di fronte - avvertono le sigle - ad una mistificazione della realtà fatta di carenza, di posti letto, di personale, di appetibilità del lavoro all'interno del Servizio pubblico, di livelli retributivi in media

con quelli europei. Carenze che richiede misure che il Governo conosce, ma non vuole applicare. Non c'è più tempo", concludono le organizzazioni sindacali che "fanno appello al Parlamento per bocciare un provvedimento iniquo che confonde il maquillage con la sostanza, provando a nascondere un altro duro colpo alla sanità pubblica".

Ce.Au.



La rivolta delle neomamme

Petizioni e migliaia di testimonianze sui social dopo la tragedia del neonato di Roma
“Non vogliamo più essere trattate così”

IL CASO
SIMONA BUSCAGLIA
NADIA FERRIGO

C'è una bizzarra diceria secondo cui i dolori del parto si dimenticano. Per un dente del giudizio cavato si può disperarsi e tremare al pensiero di tornare sulla poltrona del dentista. Che se non praticasse l'anestesia, sarebbe un macellaio. Ma se partorisci, basta accogliere la tua creatura tra le braccia e per magia ore e ore di contrazioni o un taglio che va dalla vagina all'ano, magari ricucito senza la premura di un analgesico, puff. Svaniscono. Nelle ultime ore a fare a pezzetti la narrazione mistica della maternità sono centinaia, migliaia di donne che sui social, nelle petizioni online, nelle chat, con la famiglia e le amiche ricordano com'è andato il loro, di parto. E che riescono, magari per la prima volta, a dare un nome a quello che hanno vissuto.

«Abbandono della donna dopo che ha partorito, maltrattamenti verbali e in alcuni casi fisici durante e dopo il parto, mancata informazione e supporto riguardo l'allattamento», spiega Gabriella Pacini, ostetrica e fondatrice dell'associazione Freedom for Birth. Questi sono solo alcuni aspetti

della violenza ostetrica. «Si tratta di abusi che ricevono le donne nel corso della loro vita riproduttiva – continua –, come ad esempio il mancato ascolto o la non condivisione delle procedure durante e dopo il parto». In Italia se ne parla poco. L'indagine più approfondita è stata realizzata da Doxa, nel 2017, per conto dell'Osservatorio sulla violenza ostetrica in Italia: secondo questi dati si stima che circa un milione di madri in Italia – il 21% del totale – sia stata vittima di una qualche forma fisica o psicologica - di violenza ostetrica alla loro prima esperienza di maternità. L'indagine ha rilevato che per 4 donne su 10 (il 41%) l'assistenza al parto è stata per certi aspetti «lesiva della propria dignità e integrità psicofisica». Un'esperienza così traumatica che avrebbe spinto il 6% delle donne «a scegliere di non affrontare una seconda gravidanza», spiega il rapporto.

«Questi dati probabilmente non sono nemmeno più tanto rappresentativi di un fenomeno sommerso, sottostimato, che dopo il caso del Pertini di Roma sta emergendo con tutta la sua forza», racconta Margherita Fioruzzi, ceo dell'associazione Mama Chat che ha lanciato due giorni fa una petizione online contro la violenza ostetrica arrivata a 130 mila firme che continuano ad aumentare. «Poteva succedere anche a

me», denunciano Aurora, Irene, Anna, Laura. «La puericultrice ha riso in faccia alla mia vicina di stanza quando le ha chiesto di portare al nido la bimba. Le ha detto: “Hai voluto la bici? Pedala”». «Mi sono sentita fragile, incapace, inutile. Ancora adesso quando ci penso sto male». «Andavo in bagno solo quando veniva mio marito, non mi sono mai lavata».

Nella petizione di Mama Chat si chiede che «i protocolli ospedalieri siano aggiornati e che sia consentito l'ingresso ventiquattrore su ventiquattro a un accompagnatore, al momento del parto e durante tutta la degenza». A condividere la petizione non sono solo le madri. «Voglio essere vicino alla mia compagna per tutto il tempo, è un mio diritto», scrive Matteo Torani. «Sono un neo papà, la notte che è nata mia figlia sono rimasto appena due ore. Non è giusto», fa eco Fabio Siccardi. «Una soluzione potrebbe essere dare alle neomamme stanze singole in cui poter accogliere una persona di fiducia, in modo che non abbiano immediatamente da occuparsi del neonato da sole - spiega l'ostetrica Gabriella Pacini -, anche perché eliminare il *rooming in* sarebbe un danno. Questa pratica è infatti utile sia per avviare l'allattamento sia



Medicina

Come dovrebbe essere un ospedale davvero «a misura di bambino»

di **Elena Meli**

10

Nuovi modelli di cura negli ospedali «a misura di bambino»

di **Elena Meli**

Dovrebbe essere sempre così, ma quando il paziente è un bambino diventa ancora più indispensabile: curare una persona non significa soltanto trattare la sua malattia, ma soprattutto «prendersene cura» a tutto tondo grazie all'attenzione, all'ascolto, alla comprensione dei suoi bisogni.

Una sfida che passa anche da ospedali «umani» come quelli raccontati nel libro «L'ospedale pediatrico: una comunità accogliente» (Ed. La Nave di Teseo) a cura di Paolo Felli e Maria Chiara Torricelli: luoghi dove «si è uguali, si rimuovono gli ostacoli alla disuguaglianza, si ha diritto alla scuola, ad accedere a tutte le forme culturali, a godere dell'ambiente e del verde, si ha diritto a stare bene e in definitiva si ha diritto, soprattutto se siamo bambini, alla felicità», come osserva Alberto Zanobini, presidente dell'Associazione ospedali pediatrici italiani (Aopi) e au-

tore della prefazione al volume. L'ospedale quindi non deve essere un posto asettico dove trovare solo risposte mediche, ma soprattutto un luogo di accoglienza per il bimbo e la sua famiglia dove tutto è pensato in funzione della cura e del rispetto delle loro esigenze, dalla progettazione degli spazi alla gestione del personale, fino all'organizzazione di attività come la pet therapy o la clown therapy (si veda articolo a lato). Umanizzare le cure e garantire il benessere del bambino ha tanti vantaggi: riduce lo stress, facilita i rapporti coi sanitari, riduce perfino costi e durata dei ricoveri: basti pensare che le semplici tecniche di distrazione e di prelievo senza dolore hanno diminuito moltissimo l'uso di sedazione e anestesia in pediatria.

Gli esempi di buone pratiche



raccontati nel libro sono tantissimi: l'attenzione all'ospitalità per le famiglie che arrivano da lontano, gli spazi e tempi a disposizione di fratelli e sorelle dei piccoli pazienti, i servizi pensati per i piccoli stranieri (servono mediatori culturali e traduttori, negli ospedali più grandi il numero di lingue richieste supera le cinquanta all'anno), la gestione della continuità scolastica con gli insegnanti «itineranti» che raccolgono piccole «classi» attorno ai letti di chi non può muoversi, sono tutti esempi dei tanti modi con cui far sentire i bimbi e i genitori a loro agio, in un luogo positivo e incoraggiante dove continuare a giocare, divertirsi, avere relazioni, crescere o anche solo sorridere.

Creando un vero spazio che cura, come spiegano gli architetti Paolo Felli e Maria Chiara Tor-

ricelli: «Osservare la vita che si svolge in ospedale è importante per cogliere che cosa possa significare trovarsi piccoli, giovani e fragili ad «abitare» uno spazio che non è il tuo, non è modellato sulle tue abitudini, su quelle dei tuoi genitori, sul tuo corpo di bambino o adolescente, improvvisamente affidato alle mani di medici e infermieri. È a questo che cercano di rispondere l'attenzione alla famiglia e lo spazio in un ospedale pediatrico. Senza rinunciare alla bellezza: curarsi in uno spazio bello fa bene, perché ha un impatto sulla riduzione dello stress, l'esperienza della cura, la capacità di far fronte e reagire».

L'apripista per questa nuova sensibilità alla qualità architettonica è stato l'ospedale pediatrico Meyer di Firenze, tuttora un modello con i suoi spazi illumi-

nati dalla luce naturale, le opere d'arte che arricchiscono i corridoi, il verde che entra dalle enormi vetrate sul parco esterno e con le piante rigogliose dei giardini pensili e delle aree interne.

Oggi in molte strutture ci sono ambienti caldi, gioiosi, positivi e colorati, ispirati ai mondi fantastici di storie e favole o agli animali, mentre gli spazi comuni sono aperti alla comunità, ariosi, condivisi: perché come si legge nel libro, «gli ospedali e i reparti pediatrici italiani si stanno impegnando a rendere il percorso di cura un viaggio nella cultura e nella bellezza, perché anche le esperienze più brutte possano in qualche modo migliorare».

Per i piccoli
servono ambienti
in cui si è uguali,
e ci si può sentire
a proprio agio

**Essere ricoverati
in un luogo «bello»
contribuisce
alla riduzione
dello stress**



IL VIRUS PUÒ DIFFONDERSI DA MAMMIFERO A MAMMIFERO, MA I VACCINI SONO DISPONIBILI

Allarme dei virologi per un focolaio di aviaria in un allevamento

ANDREA CAPOCCI

■ La notizia di un focolaio di influenza aviaria in un allevamento di visoni in Spagna agita i virologi. «È incredibilmente preoccupante» dice alla rivista *Science* il virologo Tom Peacock dell'Imperial College di Londra. «È un chiaro meccanismo di innesco di una pandemia di influenza H5». Il rischio di uno scenario catastrofico - per ora solo un rischio, è bene ribadirlo - è suggerito da una ricerca pubblicata sull'ultimo numero della rivista *Eurosurveillance* da un gruppo di ricerca italo-spagnolo. I ricercatori dell'Istituto zooprofilattico sperimentale di Legnano e del Laboratorio centrale di veterinaria di Madrid hanno identificato nel virus dell'influenza aviaria denominato H5N1 la causa di un picco di mortalità rilevato nello scorso ottobre tra i visoni allevati a scopo di pelliccia a Carral, nella regione spagnola della Galizia. Il focolaio dimostra che il virus ha acquisito la

capacità di trasmettersi da mammifero a mammifero, un evento finora mai osservato e che allarma virologi e autorità sanitarie. L'ipotesi che presto o tardi l'epidemia possa riguardare anche gli umani non è più così remota.

Finora il virus dell'influenza aviaria, la cui variante H5N1 circola da almeno un ventennio, si era diffuso solo tra gli uccelli selvatici e da allevamento, e aveva toccato i mammiferi solo per diretto contatto con volatili infetti. Dal 2003 a oggi il contagio ha riguardato anche l'essere umano, con 868 casi di cui 457 mortali (53% di letalità), ma solo per il contatto diretto con gli uccelli. Dal 2020, con la comparsa della variante denominata 2.3.4.4b, casi di H5N1 sono stati osservati anche in volpi, procioni, orsi e foche. Il contagio tra i visoni di Carral, tuttavia, segna un salto di qualità: «I visoni - scrivono i ricercatori - sono suscettibili sia al virus dell'influenza aviaria che a quello dell'influenza umana, e questo suggerisce che la specie possa servire da serbatoio per la circolazione del virus tra uccelli, mammiferi e umani». Isabella Monne, una degli autori dello studio parla di un «campanello d'allarme». «Siamo in un territorio inesplorato» concorda Wendy Puryear della Tuft university di Medford (Massachusetts, Usa) sulla rivista *Nature*.

Oltre alla preoccupazione, dalla comunità scientifica arriva anche qualche rassicurazione. Per il momento, il focolaio di ottobre non sembra essersi ripetuto altrove. Tutti i 52 mila animali presenti nell'allevamento sono stati abbattuti e i test effettuati su i lavoratori en-

trati in contatto con loro sono risultati negativi. Se malauguratamente il virus dovesse diffondersi tra gli umani, un vaccino contro l'influenza aviaria è già disponibile. Altri, più specifici, possono essere sviluppati in tempi relativamente brevi: i vaccini anti-influenzali vengono già aggiornati ogni anno a seconda delle varianti circolanti nelle ondate stagionali dell'influenza umana. Inoltre, disponiamo anche di farmaci anti-virali sebbene la loro efficacia (come quella dei vaccini) non arrivi al 100%. Il caso di Carral, tuttavia, è l'ennesimo segnale sui rischi ambientali e sanitari derivanti dall'allevamento intensivo. Scienziati e movimenti ambientalisti ne chiedono una limitazione a livello globale anche per le conseguenze climatiche. Nel caso dell'industria della pelliccia, dal 2022 l'Italia ha definitivamente vietato questo tipo di allevamenti.

L'allarme che arriva dalla Spagna consiglia di mantenere efficiente la rete sanitaria deputata alla prevenzione e al contenimento delle malattie infettive, uscita malconcia dalla pandemia di Covid. Una bozza pubblicata da *Quotidiano Sanità* rivela che il ministero sta per pubblicare il nuovo Piano Nazionale per la Prevenzione Vaccinale 2023-2025, in cui sono fissati gli obiettivi per il prossimo

triennio. Alcuni sono prevedibili: il mantenimento dello status di paese «polio-free», l'eliminazione di morbillo e rosolia a livello nazionale, l'innalzamento al 95% della copertura dei principali vaccini pediatrici e al 75% di quella relativa ai vaccini per anziani (pneumococco e influenza).

Le novità riguardano le criticità emerse nella pandemia, come le disuguaglianze territoriali nella copertura vaccinale. L'«anagrafe vaccinale nazionale» prevista dal piano dovrebbe aiutare a fotografare la situazione. L'altra novità riguarda la gestione dell'esitazione vaccinale nella popolazione adulta, un fenomeno po-

co studiato prima della pandemia. Nel documento, il problema viene messo in relazione «alla delicata questione degli eventi avversi alla vaccinazione, veri o presunti, e alla necessità di un approccio integrato per una loro adeguata gestione, sia per la sicurezza della popolazione (laddove il rischio sia plausibile), sia per evitare strumentalizzazioni (in caso di assenza di correlazione causale) che finirebbero con il mettere in pericolo la sicurezza collettiva».

Il ministero sta per presentare il nuovo piano vaccinale 2023-2025



foto Ansa



Farindustria, +10% ma payback da superare

Il bilancio

Produzione a 38 miliardi
Cattani: «I fondi non spesi
restino alla farmaceutica»

Marzio Bartoloni

«Abbiamo archiviato un anno molto positivo, ci dovremmo attestare rispetto al 2021 su una crescita di circa il 10% superando la soglia dei 38 miliardi di valore della produzione con un export molto forte a +44% tra gennaio e novembre 2022 e con un saldo con l'estero di oltre 8 miliardi. L'Italia è il Paese che ha incrementato di più l'export». Così il presidente di Farindustria Marcello Cattani anticipa i numeri di un anno che per la farmaceutica segna il ritorno a una crescita molto robusta dopo un rallentamento nei primi due anni della pandemia.

Cattani in un incontro con i giornalisti lancia anche un messaggio chiaro al nuovo Governo a cui rico-

nosce «la voglia di collaborare» con un settore diventato ancora più «strategico» dopo il Covid: «Aspettiamo dei segnali chiari perché se vogliamo continuare a crescere abbiamo bisogno di riforme: innanzitutto bisogna superare il payback e dire addio alle logiche di taglio dei prezzi puntando invece sugli investimenti e la valorizzazione dei benefici dei farmaci per dare accesso rapido all'innovazione sia a livello centrale che regionale».

Il payback - che il presidente di Farindustria definisce «meccanismo perverso» - prevede che l'industria ripaghi metà dello sfondamento annuale del tetto di spesa per l'acquisto dei farmaci ospedalieri (l'altra metà è a carico delle Regioni): un conto salato che tra il 2022 e il 2024 vale almeno 3,6 miliardi di esborso per le aziende farmaceutiche. «Come si fanno ad attirare gli investimenti dall'estero con uno strumento come questo che non tiene conto del fabbisogno reale di farmaci?», si chiede Cattani. Che al Governo avanza una proposta concreta «a costo zero» e cioè «invece di assegnarli alle Regioni che ne possono fare l'uso che vogliono bisogna lasciare al settore della farmaceutica tutti i fondi che gli vengono destinati ogni anno e che non sono spesi: a esempio quelli della farmaceutica convenzionata (la spesa in farmacia, ndr) che ha un avanzo medio di 800 milioni l'anno e poi i fondi non spesi per i farmaci innovativi». Mettere a terra questa proposta per il presidente di Farindustria sarebbe un «primo passo importante» verso il superamento del payback da fare «nel giro di qualche anno».

L'industria chiede poi al Governo di vigilare bene sul nuovo pacchetto europeo di norme sulla

farmaceutica atteso a marzo: «Non bisogna aggiungere palletti o rendere i brevetti meno attrattivi visto che già oggi su 10 farmaci approvati dall'Ema 5 sono americani, 2 cinesi e solo 3 europei». Mentre va messa a terra subito la normativa Ue sulle sperimentazioni cliniche che l'Italia ha finalmente recepito per ultima: «Abbiamo una grande qualità nella ricerca clinica e siamo già i primi in Europa per numerosità e intensità di studi clinici, ora dobbiamo abbattere burocrazia e lungaggini». Tempi lunghi che si registrano a esempio anche nell'accesso ai nuovi farmaci: «In Italia dopo l'approvazione dell'Ema di un farmaco ci vogliono 14 mesi per le autorizzazioni tra quella nazionale e regionale, contro i due mesi della Germania». Per questo, secondo il presidente di Farindustria, sarà cruciale anche l'attesa riforma dell'Agenzia italiana del farmaco che soffre anche di poche risorse: «Ha la metà del personale delle altre grandi agenzie europee».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**MARCELLO
CATTANI**
Presidente
di Farindustria





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

RICERCA I dieci anni del Crispr

La terapia genica per controllare anche il colesterolo

ANDREA LAVAZZA

La terapia genica sembrava una rivoluzione a portata di mano già negli anni Novanta del secolo scorso, ma si rivelò poi un percorso costellato di ostacoli apparentemente insormontabili. Oggi siamo invece alla sperimentazione di un intervento sul Dna per controllare il livello di colesterolo nel sangue. Una prospettiva resa possibile dalla svolta raggiunta con una tecnica "semplice" e scoperta in natura.

Dieci anni fa, infatti, cominciava l'era del Crispr, la tecnica che 'taglia e incolla' il genoma, con la pubblicazione delle prime ricerche che ne dimostravano l'applicazione su cellule umane e animali. Un cambio di paradigma premiato con il Nobel nel 2020, che ha gettato le basi per terapie innovative contro malattie genetiche, infettive e tumori, aprendo anche la strada a nuove specie vegetali più resistenti e alla possibilità di salvare animali in via di estinzione. «È solo l'inizio», hanno scritto tre giorni fa sulla rivista *Science* gli studiosi Joy Wang e Jennifer Doudna (una delle vincitrici del Nobel, con Emmanuelle Charpen-

tier), tracciando un bilancio di questo decennio e delineando le sfide del futuro.

«La ricerca sull'editing genetico e le sue applicazioni continueranno ad accelerare e si intersecheranno sempre più con i progressi delle tecnologie come l'apprendimento automatico, la visualizzazione di precisione delle cellule e il sequenziamento del Dna sempre più rapido ed economico», sostengono i due esperti. Tante le sfide urgenti che restano da affrontare, come «il miglioramento dell'accuratezza e della precisione» e l'abbattimento dei costi per rendere la tecnica più accessibile.

La ricerca che potrebbe portare la tecnica di modificazione del nostro patrimonio genetico a un numero sempre più vasto di pazienti è partita alcuni mesi fa in Nuova Zelanda. È qui che la azienda biotecnologica americana Verve Therapeutics ha scelto alcuni volontari con un rischio ereditario di iper-produzione di colesterolo, la sostanza dannosa per le arterie che provoca nel lungo periodo gravi disturbi cardiovascolari. Una versione specificamente modificata del Crispr è stata iniettata al primo paziente con l'obiettivo di modificare una singola lettera in un gene nelle cellule del fegato. Questo minuscolo intervento sarebbe sufficiente per abbassare in modo permanente il livello di colesterolo "cattivo" nel sangue.

Nei topi, questa terapia sembra funzionare senza effetti collaterali, ma il passaggio sull'essere umano è sempre estremamente critico. Il gene bersaglio è il PCSK9 che codifica per l'omonima proteina e può essere silenziato, cioè messo in condizione di non innescare più un processo biologico nell'organismo, cambiando una base della lunga catena che lo compone. Il meccanismo in azione è simile a quello dei vaccini a mRNA utilizzati contro il Covid, grazie al quale una proteina contribuisce alla replicazione sbagliata del gene, rendendolo per così dire inoffensivo. Si tratta di una versione 2.0. del Crispr, che sembra più precisa e meno rischiosa, capace di lavorare a un livello ancora più fine. Non mancano comunque interrogativi etici, dato che per il colesterolo esistono oggi farmaci efficaci come le statine ed agire sul Dna è ancora una frontiera poco conosciuta.



SANITÀ DEL FUTURO

All'Irccs romano la prima Risonanza magnetica a basso consumo per esami silenziosi, strategica per le diagnosi di tumore

Tac al cuore in un secondo

Al San Raffaele nuova apparecchiatura ad alta tecnologia per «guardare» gli organi interni

ANGELA BRUNI

●●● Al San Raffaele di Roma la risonanza magnetica che rivoluziona la diagnostica e la tac che cattura le immagini nel tempo di un battito. È per questo che l'Irccs e il Consorzio Mebic (Medical and Experimental BioImaging Center) continuano a investire sull'innovazione delle tecnologie di diagnostica per immagini. Punta di diamante dell'Istituto romano è la risonanza magnetica 3 tesla Signa Hero di GE HealthCare,

la prima a essere installata in Italia e la seconda in Europa. È un'apparecchiatura di ultima generazione sviluppata che migliora il comfort del paziente, garantendo esami silenziosi e rapidi. Il sistema è

inoltre innovativo anche da un punto di vista ambientale: è una Rm a basso consumo che consente una riduzione di energia del 34% e utilizza fino al 67% di elio in meno. «Dal punto di vista pratico - spiega Alberto Pierallini, responsabile della Diagnostica per immagini del San Raffaele - questa apparecchiatura permette di accedere in maniera semplice e rapida all'utilizzo delle tecniche avanzate di risonanza magnetica, quali la spettroscopia e la perfusione che sono molto utili nelle diagnosi differenziali tra tumori e altre forme di patologie e la trattografia che consente la visualizzazione virtuale dei fasci della sostanza bianca cerebrale e il coinvolgimento nelle varie patologie cerebrali. Nelle altre applicazioni, come

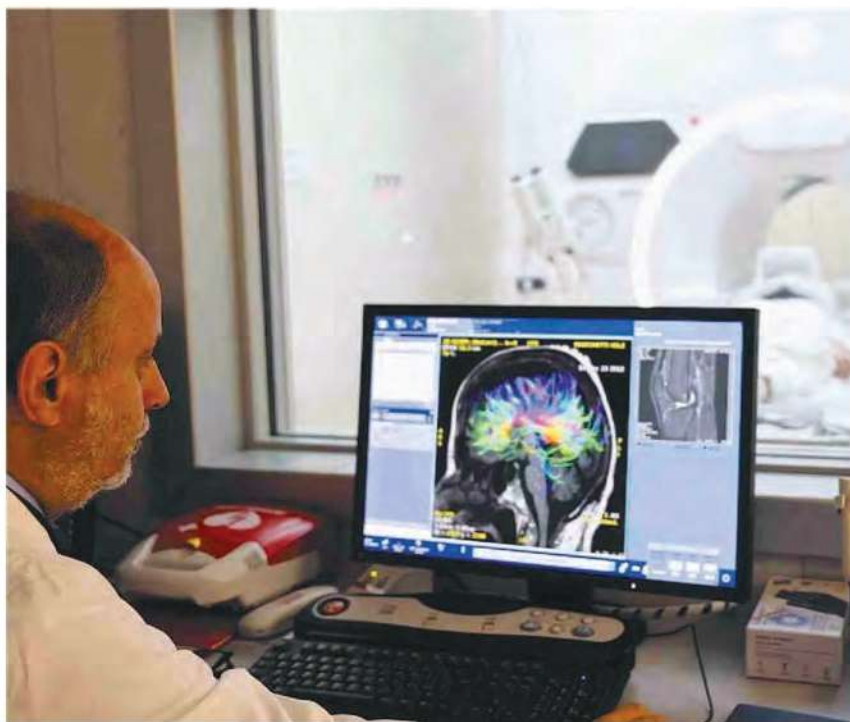
ad esempio lo studio Rm delle articolazioni, consente di ottenere immagini di elevata qualità diagnostica utilizzando matrici di acquisizione fino a 1.024, più rapida rispetto ai magneti tradizionali». La Revolution CT, realizzata sempre da GE HealthCare, il secondo macchinario installato presso l'Irccs romano, è un'apparecchiatura di ultima generazione dotata di un detector da 160 millimetri - il più ampio esistente al mondo - che permette di effettuare esami 4-5 volte più veloci rispetto ai sistemi tradizionali e con una dose di radiazioni erogata 4-5 volte più bassa. Consente inoltre di cogliere immagini intere e in altissima definizione di cervello, cuore, fegato e pancreas nel tempo

di una singola rotazione da 0,28 secondi, con risultati clinici di alta qualità. Inoltre, grazie all'elevatissima velocità di scansione, il macchinario è perfetto per pazienti pediatrici e pazienti non collaboranti senza dover ricorrere alla sedazione. «Parliamo di acquisizioni in pochi secondi, di una Tc al cuore nel tempo di un battito», sottolinea Marcello De Santis, radiologo dell'Istituto. «Il volume del cuore può essere «acquisito» in meno di secondo, riconoscendo ed evitando eventuali aritmie che potrebbero inficiare la riuscita dell'esame».

Caratteristiche

Il macchinario hi-tech permette di vedere la sostanza bianca del cervello e dettagli microscopici delle articolazioni

Immagini
Con i nuovi macchinari si potranno scoprire in anticipo eventuali malattie grazie a tecniche innovative



Disturbi cognitivi gravi

Serve più luce per chi soffre di Alzheimer

Chi soffre di disturbi cognitivi gravi, come quelli presenti nella malattia di Alzheimer, prima o poi manifesta anche disturbi del sonno, che a loro volta possono peggiorare l'andamento clinico generale.

«I disturbi del sonno in chi soffre di malattia di Alzheimer sono associati a un maggior declino cognitivo, peggior stato funzionale e ridotta qualità di vita» scrivono Ruth Benca della Psychiatry & Human Behavior Unit della Wake Forest School of Medicine di Irvine, e i suoi collaboratori, in un articolo pubblicato sul *Journal of Alzheimer's Disease*.

«Inoltre le persone con malattia di Alzheimer che hanno anche disturbi del sonno presentano spesso sintomi comportamentali, depressione, apatia, sintomi psicotici, con un tipico peggioramento serale. Sono presenti anche comportamenti notturni disturbanti, con incremento del carico assistenziale per i caregiver.

«I disturbi del sonno rappresentano una delle principali cause di istituzionalizzazione (ricovero, ndr) di persone con malattia di Alzheimer, proprio per l'azione stressante sui caregiver».

D'altra parte il trattamento dei

disturbi del sonno in queste persone è particolarmente difficile, dal momento che è difficile attuare strategie terapeutiche solitamente utilizzate nell'insonnia.

Le prime che vengono messe in atto fanno parte della cosiddetta «igiene del sonno» e sono di tipo comportamentale, come l'esposizione alla luce durante le ore diurne o l'esercizio fisico, per quanto consentito dalle condizioni di salute.

«La messa in atto di questi trattamenti non farmacologici può ridurre la probabilità che si debba ricorrere all'istituzionalizzazione e al suo carico economico» aggiunge ancora Ruth Benca. «Ma assieme a queste strategie in molti casi è necessario ricorrere alla farmacoterapia per far sì che le persone possano restare a casa il più a lungo possibile».

Purtroppo i farmaci che potrebbero migliorare la durata e la qualità del sonno sono utilizzabili con molte limitazioni in persone anziane che soffrono di gravi disturbi cognitivi, dal momento che

comportano un rischio di peggioramento delle condizioni psichiche, ma anche di cadute, fratture, sonnolenza diurna, che a loro volta fanno precipitare le condizioni cliniche generali. Questo vale sia per le benzodiazepine, sia per gli ipnotici non benzodiazepinici come lo zolpidem del quale infatti l'American Geriatric Society sconsiglia l'utilizzo in questi pazienti. Molti problemi ci sono anche con l'impiego di antipsicotici che, secondo quanto riportato dall'Fda americana, possono aumentare il rischio di morte negli anziani affetti da demenza. Di recente, la comunità scientifica ha mostrato un certo interesse nei confronti di ipnotici che hanno un meccanismo d'azione diverso da quelli finora disponibili: sono gli antagonisti del recettore dell'orexina, che sembrano efficaci e abbastanza sicuri per il trattamento dell'insonnia negli anziani con gravi disturbi cognitivi. «Però resta una generale condizione di incertezza a proposito del bilanciamento fra rischi e benefici del trattamento dei disturbi del sonno di persone con demenza di Alzheimer» conclude Ruth Benca.

D.d.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



DIECI ANNI DI SANITÀ SINISTRA

Dal 2015 non sono stati riassunti 1.485 infermieri

Persi dal 2013 2mila operatori

Nel Lazio erano 43.062, adesso sono 41.409

ANTONIO SBRAGA

••• Il servizio sanitario laziale negli ultimi 10 anni ha perduto quasi 2 mila operatori. Passati, infatti, dai 43.062 indicati nell'annuario statistico del Ministero della Salute nel 2013 ai 41.409 dell'ultima rilevazione. Però all'appello ne mancano di più: oltre un migliaio di medici e ben 7mila infermieri. E la Cgil avverte: «Per cambiare passo servirebbero le risorse per stabilizzare e assumere, nei prossimi due anni, almeno 10.000 unità». Secondo l'ultimo report dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) il Lazio dispone di meno infermieri rispetto a 4 regioni più piccole: solo 20.797 a fronte dei 27.631 dell'Emilia Romagna, dei 25.715 in Veneto, dei 22.720 in Toscana e dei 22.408 in Piemonte. Perché il Lazio «soffre attualmente la carenza di circa 7.000 infermieri, nelle stime dell'Ordine delle Professioni Infermiere-

stiche di Roma», come ha sottolineato nei mesi scorsi il presidente, Maurizio Zega.

Solo negli ultimi 8 anni la Regione ha perduto 1.485 infermieri secondo la stima di Salutequità, che avverte: «Il Lazio è la seconda Regione con la quota più elevata di straordinari: 1.736 euro mensili». Non solo: il Lazio è anche una delle 5 «regioni che hanno il maggior numero di infermieri al di sopra dei 58 anni sono: Lombardia, Sicilia, Lazio, Campania e Emilia Romagna», sottolinea il sindacato Nursing Up. Ed ora non ha più neanche le graduatorie aperte «sufficienti a colmare il fabbisogno», come ha scritto l'Ifo-Regina Elena, che ha ritenuto «necessario procedere all'espletamento di una gara autonoma per

l'affidamento del servizio infermieristico» all'esterno. Nel dicembre scorso, quasi 5 mesi dopo la delibera dell'Asl Roma 2, è stato finalmente pubblicato sul Bur il concorso «per la copertura, a tempo pieno e indeterminato, di 271 posti di infermiere». Trenta posti sono riservati al San Camillo e 30 all'Umberto I, altri 15 sia al policlinico Tor Vergata che all'Ifo-Regina Elena. E poi 25 per le Asl Roma 2, 3, 4 e 5, 22 posti all'Asl Rieti, 20 a Latina, 19 a Frosinone e 10 alla Roma 6. Ma la Regione ha anche bisogno di una «trasfusione» di camici bianchi dopo 12 anni di blocco del ricambio negli organici a causa del Piano di Rientro dal maxi-debito sanitario: «Il turnover, scattato nel 2005, ha comportato a livello nazionale che, su 100 medici andati in pensione, 10 non sono stati sostituiti, arrivando fino a 31 in alcune regioni in Piani di Rientro quali Lazio, Sicilia

e Campania», quantifica il XVII Rapporto Meridiano Sanità. Nel Lazio il Report dell'Agenas ha contato soltanto 8.055 medici mentre la Campania, che ha pressoché lo stesso numero di residenti, ne ha 9.157 (e la più piccola Emilia Romagna 9.098). Solo nei 50 Pronto Soccorso del Lazio, infatti, «il deficit attuale è di ben oltre 400 medici, pari a circa il 40% del fabbisogno a regime», come ha denunciato la Simeu Lazio. E c'è chi ricorre ai medici gettonisti delle coop, come l'Asl Roma 5, che li affitta da una società dell'Emilia: la cooperativa «assicurerà la fornitura del servizio di turni di guardia attiva di PS diurna e/o notturni occorrenti al Dipartimento di emergenza urgenza per 6 mesi con una spesa di 367.920 euro». Mentre fra gli «anestesisti, che nel Lazio sono 1.400, attualmente ne mancano 500», ha quantificato l'Aaroi-Eimac.

Ifo-Regina Elena

Ha ritenuto necessario procedere a una gara autonoma per l'affidamento di alcuni servizi nella struttura

Medici

Sul territorio ce ne sono 8.055, in Campania a parità di numero di utenti sono 9.157 e in Emilia 9.098

Pronto soccorso

Il deficit attuale è di oltre 400 medici, pari a circa il 40% del fabbisogno a regime



IL REPORTAGE

Cubani in corsia

Nell'ospedale di Polistena hanno preso servizio i primi medici dell'Avana assunti in Calabria
"I pazienti ci hanno sorriso, in patria non siamo abituati a far aspettare la gente così tanto"

FLAVIA AMABILE
INVIATA A POLISTENA (RC)

Da lunedì l'ospedale di Polistena ha 16 medici in più. Sedici dottori su 141, oltre il dieci per cento in più. Da 15 anni non si registrava un aumento così consistente nei reparti, nelle sale operatorie, nelle corsie di questo parallelepipedo dalla facciata tutta a vetri che un tempo deve essere apparsa avveniristica e adesso è soltanto un desolato ammasso di vetri e ferro. Polistena si trova una decina di chilometri a Sud di Rosarno, in Calabria, una regione aspra, crudele. Soprattutto quando la si osserva dall'interno di un ospedale. Fra i lavori che molti calabresi non hanno più voglia di fare c'è anche il medico in un ospedale della loro terra. È la realtà che appare dai concorsi banditi per assumere personale, ai quali si presenta sempre un numero di candidati molto inferiore rispetto ai posti disponibili. Per riempire le corsie calabresi, lo scorso agosto il presidente della Regione e commissario ad acta per la sanità, Roberto Occhiuto, ha giocato

un'ultima carta: stipulare una convenzione con la società dei medici cubani, assunzione a tempo determinato per un anno in un ospedale della regione. Hanno fatto di tutto per ostacolarlo, ricorsi al Tar, veleni, critiche. «L'alternativa ai medici cubani sono i medici a gettone che costerebbero molto di più, sottraendo risorse alla cura dei pazienti», spiega Occhiuto. Il presidente della Re-

gione è molto soddisfatto dell'avvio dell'esperimento, annuncia che «presto ne arriveranno altri da mandare negli ospedali che hanno difficoltà a reclutare personale». «Non ruberanno alcun posto di lavoro né ai medici calabresi né a quelli di altre regioni perché i concorsi a tempo indeterminato li faremo e stiamo continuando a farli», promette.

Nel frattempo, da lunedì i primi 51 sono in corsia negli ospedali di Gioia Tauro, Locri, Melito Porto Salvo e Polistena. Raciol Escalona ha 54 anni, viene dalla provincia de L'Avana. Il primario di Ortopedia, Antonino Laganà, ha prima esaminato il suo curriculum e poi lo ha sottoposto a un colloquio per sondare meglio le sue conoscenze. Lunedì lo ha seguito con attenzione durante il primo giorno di lavoro e martedì lo ha spedito in sala operatoria a fare da assistente durante un'operazione per ricomporre una frattura esposta con fissatore esterno. «Alla fine, il paziente mi ha sorriso e mi ha detto: ho l'onore di essere stato operato da un medico cubano», racconta soddisfatto.

Ariel Amaury Labrada Tamayo ha avuto un ingresso anche più rapido. Lunedì è arrivato in ginecologia. Il primo parto è stato suo. «Il parto naturale è identico a ogni latitudine. Non c'è bisogno di particolari tecniche, se sei specializzato in ginecologia sai perfettamente che cosa fare», commenta Francesca Liotta, facente funzioni primario di anestesia. È la più anziana, ha 31 anni di attività nella struttura di Polistena, è

entrata che era una giovane dottoressa piena di speranze e l'ospedale una promessa della sanità calabrese. Tre decenni dopo, Francesca Liotta è una donna che ha trascorso le ultime 48 ore nel suo reparto senza mai tornare a casa, senza mai dormire, e l'ospedale un avamposto nel deserto, una promessa mancata, un luogo da cui tanti giovani medici preferiscono stare lontani. Mentre Francesca Liotta racconta, nel reparto di Medicina d'urgenza Gustavo Adolfo Milàn Fernández ha intubato un paziente. «Per noi sono una boccata d'ossigeno. Quest'anno non ho preso ferie per fare in modo che gli altri medici andassero in vacanza e continuare a garantire il servizio. I nostri organici sono ridotti all'osso». Talmente ridotti che nel territorio dell'Asp Reggio Calabria se ci si rompe un osso tra le otto di sera e le otto di mattina bisogna percorrere chilometri su chilometri e arrivare fino a Polistena, ultimo reparto aperto 24 ore su 24. «Con l'arrivo dei medici cubani possiamo garantire la riapertura del reparto di ortopedia di Locri», spiega Antonino Laganà.

Cardiologia si trova al quarto piano. Il primario si chiama Vincenzo Amodio, è entrato come facente funzioni con la promessa di diventare primario il mese seguente. Lo è diventato dopo



anni solo dopo una causa e con la beffa di non aver ottenuto nemmeno il nome scritto sull'insegna del reparto. «Lo racconto per far capire quanto sia difficile lavorare da queste parti. I giovani scappano. Altri restano ma non vogliono fare gli ospedalieri perché qui il pane è duro, si rischia, ci sono i pazienti critici. Ho combattuto per ottenere le apparecchiature che sono il top di gamma però poi mi sono trovato con persone che non le sapevano usare. I due cubani che sono stati assegnati al mio reparto, invece, le conoscono».

Daisi Luperon Loforte ha 54 anni e una lunga esperienza come medico cardiologo a Cuba. «Sì, so fare un ecocardiogramma, all'Avana abbiamo lo stesso apparecchio», conferma. Anche Adrian Augusto Naranjo Dominguez è stato mandato a rinforzare l'organico di cardiologia dell'ospedale di Polistena. Ha 32 anni ed è entusiasta della Calabria. «Mi piace molto, ci hanno accolto benissimo. Se dovesse essere necessario, potrei restare anche un altro anno». Il più stupito è Sorge Justo Terrero Diaz. Ha una specializzazione in medicina d'urgenza

ed è stato destinato al pronto soccorso. «A Cuba non siamo abituati a far aspettare così a lungo chi arriva. Abbiamo molti più medici ad accoglierli, è tutto molto più rapido».

Il governatore replica alle proteste
“Costano molto meno dei gettonisti”
Contratto di un anno per colmare la grave carenza di personale
“Qui è dura lavorare”



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



Adrian Augusto Naranjo Dominguez

“Siamo stati accolti benissimo, se serve potrei restare in Calabria anche un altro anno”

FOTO DI FLAVIA AMABILE



Sorge Justo Terrero Diaz

“A Cuba abbiamo molti più medici ad accogliere chi arriva in ospedale, è tutto più rapido”



Raciél Escalona Zaldivar

“Dopo l'operazione il paziente mi ha detto: ho l'onore di essere stato curato dai cubani”



Daisi Luperon Loforte

“So fare un ecocardiogramma all'Avana abbiamo lo stesso tipo di apparecchio”





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

PUGLIA

«Sul fine vita scelte frutto di confronto»

Non siamo proprietari ma servitori della vita. È inaccettabile la spinta a promuovere leggi che riconoscono il “diritto a morire”. È l'allarme dell'associazionismo cattolico sul recente provvedimento di giunta sul fine vita della Regione Puglia. Dopo la bocciatura della proposta di legge a inizio ottobre, il tema del suicidio assistito è tornato nell'agenda di governo pugliese, che ha scelto la strada di una delibera di giunta con la quale si stabilisce che le strutture sanitarie «sono tenute ad attuare» la sentenza della Corte costituzionale, al fine di uniformare la procedura nel caso in cui un malato pugliese chiedesse alla propria Asl di ricorrere al suicidio assistito. La Puglia è la prima Regione in

Italia a intervenire sull'accesso al suicidio assistito. Una fuga in avanti che mentre si discuteva la legge in consiglio regionale, nel luglio 2022, ha fatto registrare il disappunto della Conferenza episcopale pugliese, che con una nota invitava alla prudenza verso «percorsi legislativi di ripiego» chiedendo il più ampio confronto: «Siamo ben consapevoli della sensibilità e della delicatezza del tema che è di drammatica attualità, e poiché riguarda la sacralità della vita necessita di un percorso accurato da parte del legislatore. Esortiamo, quindi, a una prudenziale valutazione della realtà senza assolvere le inadempienze finora registrate con percorsi legislativi di ripiego che rischiano di non essere rimedi efficaci a livello

scientifico e umano». Il presidente nazionale dei Medici cattolici italiani Filippo Boscia, pugliese, chiarisce che «bisognerebbe saper integrare la legge 38 del 2010 sulle cure palliative con la legge 219 del 2017 sulle decisioni di fine vita garantendo alta qualità, proporzionalità delle cure e certificazione dei servizi offerti». Per Jacopo Coghe, portavoce di Pro Vita e Famiglia, «la Puglia sembra riconoscere una sorta di “diritto a morire” non riconosciuto nemmeno dalla sentenza della Corte costituzionale cui si fa riferimento». (Michela Di Trani)



Morta dopo il parto «Primario assente E il ginecologo non sapeva operarla»

Brindisi, la relazione del chirurgo intervenuto d'urgenza

BRINDISI La Asl aveva archiviato senza muovere alcun addebito il caso di Viviana Delego, la 41enne insegnante di inglese morta il 22 dicembre scorso all'ospedale Perrino di Brindisi dopo avere partorito due gemelli. Ma ora spuntano nuovi retroscena: il ginecologo avrebbe chiesto al primario di Chirurgia generale, Giuseppe Manca, di rimuovere l'utero della donna non essendo lui in grado di eseguire l'intervento. E ancora: quello stesso giorno, il 17 dicembre 2022, nel reparto di Ginecologia che aveva in carico la paziente, erano assenti sia il primario, sia la sua vice, i quali quella operazione avrebbero potuto farla, secondo quanto lascia intendere lo stesso Manca in una relazione inviata il 20 dicembre al direttore sanitario di presidio. Un documento che contiene la cronistoria di una mattinata drammatica, terminata con l'isterectomia, ovvero la rimozione dell'inte-

ro apparato riproduttivo, praticata dal chirurgo nel tentativo di mettere fine a una copiosa emorragia seguita al parto cesareo avvenuto poco prima.

La tragica vicenda di Viviana Delego ha commosso anche papa Francesco che a Natale, con una telefonata, ha cercato di confortare Giacomo Cofano, il giovane marito dell'insegnante, sorpreso dall'inaspettata iniziativa del Pontefice.

Tornando alla relazione di Manca, il medico racconta di essere stato chiamato la mattina di sabato 17 dicembre per praticare d'urgenza una isterectomia. A chiedere supporto, come precisa lo stesso estensore del documento, sarebbe stato proprio il ginecologo in servizio nell'unità operativa di Ostetricia, avendo quest'ultimo valutato «la situazione estremamente difficile e non essendo in grado di trattarla...». Viviana era arrivata la mattina stessa in

ospedale, a causa dell'emorragia cui si era tentato di far fronte con numerose trasfusioni, fino a prosciugare 17 sacche di sangue. La richiesta di intervento, come evidenziato nel rapporto, era dovuta ad una «emergenza in paziente con shock ipovolemico (rapida diminuzione del volume del sangue circolante, ndr) da sanguinamento post partum, dato che il direttore dell'unità operativa non era in servizio perché fuori sede e la sua vicaria non era presente per malattia».

Con la nota del 20 dicembre Giuseppe Manca ha inteso giustificare la sua «presenza nella gestione di una paziente ginecologica». Viviana Delego morirà in Rianimazione cinque giorni dopo l'intervento, ma non è dato sapere se le sue condizioni cliniche fossero già seriamente compromesse prima di subire l'isterectomia, tanto da rendere quest'ultima un disperato tentativo di salvare la vita alla donna. Né si

possono ipotizzare ora altre responsabilità di qualsiasi natura nella gestione della paziente. Sarà la Procura, eventualmente, a doversi esprimere se la famiglia di Viviana decidesse di presentare un esposto. Viviana Delego, oltre al marito, lascia i due gemellini in fasce, Edoardo Maria ed Emilia Maria e la loro sorella maggiore, Emma Maria, di sei anni.

Antonio Della Rocca

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Insieme
Viviana Delego
e il marito
Giacomo
Cofano
nel giorno
del loro
matrimonio.
Viviana è morta
il 22 dicembre
all'ospedale
Perrino
di Brindisi dopo
aver partorito
due gemelli.
A Natale papa
Francesco
telefonò
a Giacomo
Cofano per
confortarlo

