



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



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**15 APRILE 2024**

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

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

quotidiano**sanità.it**

## Donazioni e trapianti. “Task force itineranti per colmare i gap regionali”. Intervista al Direttore del Cnt Giuseppe Feltrin

di Ester Maragò

***E poi rafforzamento della comunicazione per “conquistare” le sacche di indecisi sul fronte nelle dichiarazioni di volontà alla donazione. Ed anche potenziamento delle attività di ricerca per “accreditare” sempre di più a livello scientifico il nostro paese nello scenario internazionale. Queste le coordinate da seguire, nel prossimo quinquennio, per potenziare il sistema trapianti indicate dal neo direttore del Centro Nazionale Trapianti e delineate in occasione della Giornata nazionale per la donazione di organi e tessuti.***



**14 APR** - Incrementare le attività di donazioni e trapianto accorciando anche i gap regionali grazie anche all'ausilio di una task-force itinerante. Rafforzare la comunicazione per “conquistare” le sacche di indecisi sul fronte nelle dichiarazioni di volontà alla donazione. E ancora, potenziare le attività di ricerca per “accreditare” sempre di più, a livello scientifico, il nostro paese nello scenario internazionale. Infine, rafforzare l'interazione con le società scientifiche e con le associazioni di volontariato. Sono questi i quattro atout che il direttore generale del Centro nazionale trapianti Giuseppe Feltrin cala sul tavolo per rafforzare ulteriormente le già eccellenti performance del sistema di donazioni e trapianti italiano, forte anche della sua esperienza di cardiocirurgo e di coordinatore del Centro Regionale Trapianti del Veneto. A un mese dalla sua nomina e in coincidenza con la giornata nazionale per la donazione di organi e tessuti, *Quotidiano Sanità* lo ha intervistato per capire quali sono le strategie che intende portare avanti nel prossimo quinquennio del suo mandato.

**Direttore siamo a un mese dall'inizio del suo mandato, quali sono le strategie che intende mettere in atto?**

Continuare a crescere sul fronte delle donazioni e delle attività di trapianto. Questo vuol dire potenziare ulteriormente le performance di chi va già bene, perché si può sempre fare meglio, ma soprattutto significa



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

lavorare in quelle realtà dove ci sono ancora ampi margini di miglioramento. L'idea è quella di raccogliere le best practices e cercare trasferirle nelle Regioni che hanno bisogno del nostro aiuto portando avanti un lavoro personalizzato, direi 'sartoriale'. Vogliamo istituire una task-force itinerante che vada nelle singole Regioni a dire 'ho visto la tua organizzazione e ti suggerisco in base al mio know-how cosa potresti attuare per migliorare'. L'obiettivo è quindi supportare una personalizzazione dei principi di buona conduzione e degli aspetti organizzativi in armonia con le esigenze locali. Se riusciamo ad avere il giusto endorsement e il giusto commitment da parte di tutti, quindi Regioni, Aziende e ovviamente dei professionisti che molto spesso hanno solo bisogno di essere messi nelle condizioni di poter lavorare meglio, possiamo raggiungere grandi risultati e anche invertire i trend di flusso extra-regione. Non dimentichiamo che la motivazione del professionista è un driver fondamentale e le Regioni dove le attività trapiantologiche stanno crescendo, trascinano con sé anche le donazioni. Sono esempi che dobbiamo assolutamente sostenere e proteggere. Ecco perché è mia intenzione andare a conoscere le realtà aziendali e confrontarmi con i professionisti e con le istituzioni regionali. È fondamentale e questo è il mio background.

**C'è sicuramente un gap regionale con cui fare i conti, i divari tra Nord e Sud purtroppo, numeri alla mano, ancora ci sono...**

Guardiamo al bicchiere mezzo pieno e non quello mezzo vuoto. Le regioni del Sud sono cresciute molto e questo è sicuramente un buon abbrivio su cui agganciarci per cercare di rinforzare le reti locali. Ci sono realtà molto interessanti. Penso alla Campania, alla Puglia, alla Sicilia e anche alla Calabria, dove le performance stanno migliorando positivamente.

**Oggi è la giornata nazionale per la donazione di organi, con il ministero della Salute lanciate una campagna di comunicazione negli uffici anagrafe dei Comuni. Quanto è importante la comunicazione?**

È fondamentale, soprattutto sono convinto che il consenso alla donazione sia strettamente proporzionale alla qualità dell'informazione. Ad oggi sono state raccolti circa 19 milioni di dichiarazioni di volontà alla donazione. C'è poi un 30% di opposizioni, che sono "fisiologiche", ma soprattutto c'è quasi un 40% di persone che non si esprime. È qui che bisogna agire: dobbiamo cercare di capire il perché di questa indecisione. Forse non abbiamo comunicato adeguatamente con loro? Non hanno le informazioni di cui hanno bisogno per decidere rispetto alla donazione? Ecco perché stiamo lavorando, anche in collaborazione con ANCI, per raggiungere il più capillarmente possibile quanti non hanno deciso. È fondamentale che abbiano gli strumenti per avere un'idea chiara e che da questa maturi poi, un sì o un no alla donazione. In maniera consapevole.

**Questo sul fronte della comunicazione, entrando invece nello specifico delle attività trapiantologiche, quali sono gli obiettivi da raggiungere?**

Potenziare l'attività di donazione a cuore fermo. Lo scorso anno ha contato per circa il 9-10% di tutta l'attività di donazione realizzata. Le best practices internazionali ci sei insegnano che potremmo arrivare fino al 20-25%. C'è quindi una grande opportunità di sviluppo che deriva da un lato dall'incrementare l'attività già in essere e dall'altro dal cercare di aprire nuovi Centri di donazione che lavorino sulla donazione a cuore fermo. Questa attività poi ha una valenza peso, non solo in termini di outcome raggiungibili ma anche perché si aggancia al tema fondamentale del supporto alla ricerca.

**Cosa vuol dire rafforzare la ricerca?**



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



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

Il Cnt collabora con l'Iss la cui mission è la ricerca: vogliamo promuovere e sostenere la ricerca attraverso una serie di progetti nazionali e internazionali. La parola d'ordine è aumentare la nostra visibilità o meglio, come a me piace sottolineare, il nostro "accreditamento" scientifico. L'Italia ha già una grande visibilità a livello internazionale ma vorrei che lavorassimo per raggiungere una posizione di leadership anche per quanto riguarda tutta l'area scientifica.

### **Le associazioni di volontariato svolgono un'azione importante è possibile immaginare nuovi spazi?**

Vogliamo rafforzare l'interazione con le associazioni di volontariato che sostengono la donazione di organi, cellule e tessuti e con i diversi stakeholder del processo: dobbiamo fare network perché il lavoro sinergico paga. Ma non solo, il Cnt rafforzerà il lavoro di collaborazione, che sarà sempre più stretta, con le grandi società scientifiche dei trapianti. La commistione di idee è strategica e porta sempre a risultati estremamente positivi.

### **Nel mondo medico abbiamo a disposizione tecnologie incredibili che consentono di realizzare cose fino a poco tempo immaginabili e ora con l'entrata in scena dell'intelligenza artificiale si aprono nuovi scenari. Che futuro possiamo immaginare per l'attività dei trapianti?**

Diciamo che in questo caso il futuro è già presente. Stiamo portando in campo un progetto nazionale che prevede l'utilizzo dell'intelligenza artificiale in uno specifico setting trapiantologico. Vogliamo capire se siamo in grado di individuare, grazie all'AI, predittori di outcome del trapianto. Il nostro paese parte inoltre avvantaggiato: abbiamo una disponibilità di dati veramente importanti che ci consente di essere particolarmente competitivi.

### **Cosa fa la differenza nell'attività di trapianto?**

Il coraggio che non è azzardo perché nasce dall'esperienza, dallo studio, dalla preparazione. Un coraggio che ti consente di fare un salto quantico.

### **Un'ultima domanda, non le manca la camera operatoria?**

Molto, mi manca soprattutto l'emergenza. Porto però, nella mia esperienza attuale, il pragmatismo del cardiocirurgo e del chirurgo in generale. Ossia ragionare per soluzioni: ho un problema? Lo devo risolvere. Soprattutto, prevenire i problemi avendo quella visione d'insieme che ti consente di condurre processi senza portarli agli estremi.

# I gemelli con fegato e rene nuovi «Il nostro primo gelato a 16 anni»

## Il doppio trapianto contro una malattia rara. «È stato come rinascere»

di **Clarida Salvatori**

«È stato come rinascere. Adesso ci sentiamo diversi. Altre persone». La vita di Vincenzo e Cosimo, gemelli 16enni originari della Puglia affetti da una rara malattia metabolica, l'acidemia metilmalonica, è cambiata dopo che lo scorso anno sono stati sottoposti a un doppio trapianto di fegato e rene all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma. In meglio. «La loro patologia si è manifestata subito, quando avevano pochi mesi», racconta mamma Grazia. E da allora è stato tutto in salita. «Il loro regime alimentare è sempre stato molto rigido: dovevano mangiare una specifica quantità di proteine. Dovevo pesare tutto. E poi dovevano assumere diversi farmaci a intervalli regolari di tempo, ogni 3 ore anche di notte». Il che voleva dire mettere la sveglia, alzarsi, svegliare i bambini, fargli prendere la medicina, anche all'1 e poi alle 4. «Stesso discorso a scuola. Fino alla

quarta elementare non hanno potuto frequentare. Poi dovevo andare io, farli uscire dalla classe a mezzogiorno per somministrarla. Altrimenti rischiavano l'acidosi».

Una quotidianità scandita dai medicinali. «Tutto il resto, che si trattasse di una cena fuori con gli amici o di una vacanza, era pressoché impossibile. Ci privavamo di tutto — ricorda ancora Grazia —. Tanto più che in estate potevano disidratarsi all'improvviso». I primi anni di vita di Vincenzo e Cosimo sono stati forse i più difficili. «Erano i primi figli, eravamo inesperti. E purtroppo, di fronte alle difficoltà, mio marito Onofrio venne licenziato. Solo più tardi, grazie a un'assistente sociale del Comune, ha trovato un lavoro come operatore ecologico».

Qualche anno più tardi nasce anche Melissa, una sorellina che ha presto capito le esigenze dei suoi fratelli e che si è sempre data un gran da fare per loro. Ma la routine si incrina all'improvviso, a marzo dello scorso anno, quando le condizioni di entrambi si aggravano. «La loro situazione stava peggiorando e ri-

chiavano la dialisi. Avevo perso le speranze — prosegue Grazia —. Ma poi, nel giro di una settimana, è avvenuto un miracolo: cioè riceviamo la chiamata perché c'era un donatore compatibile». I gemelli hanno avuto reazioni diverse: «Vincenzo voleva fare il trapianto per stare bene, Cosimo invece era tanto impaurito. E ancora oggi è così: il primo mangia tutto senza paura, il secondo ancora mi guarda e chiede il permesso. Qualche settimana fa hanno assaggiato il loro primo gelato». Non è stato un percorso semplice ma Grazia rifarebbe tutto. «All'inizio ero titubante, ma oggi posso solo dire grazie ai medici che li hanno seguiti e alla generosità di chi ha donato gli organi».

«Il trapianto simultaneo nei gemelli, da un unico donatore deceduto — spiega Marco Spada, responsabile del programma di Trapianto di fegato del Bambino Gesù —, è stato possibile grazie all'applicazione di una complessa tecnica di divisione del fegato». «Fino a pochi anni fa — aggiunge Carlo Dionisi Vici, responsabile di Malattie

metaboliche ed epatologia dell'ospedale pediatrico romano — le uniche cure disponibili per questa malattia erano basate su un regime alimentare molto restrittivo a basso contenuto di proteine, che andava mantenuto per tutta la vita». Ma, nonostante la dieta, i pazienti avevano un elevato rischio di crisi di scompenso metabolico e di gravi complicanze. «È una risposta — conclude Dionisi Vici — è arrivata dal trapianto d'organo».

### La vicenda

● I due gemelli sono affetti dalla nascita dalla patologia metabolica «acidemia metilmalonica» che li espone al rischio di dialisi

● A marzo dello scorso anno le loro condizioni si sono aggravate ma grazie a un donatore è stato possibile un trapianto simultaneo di rene e fegato



### In ospedale

Vincenzo e Cosimo, con la mamma Grazia, insieme a Marco Spada, a sinistra, e Carlo Dionisi Vici, medici del Bambino Gesù



**La svolta  
Sanità, contratti  
e stabilizzazioni  
per 5mila medici**

Sanità, mossa per il Pnrr: contratti e stabilizzazioni per 5.000 nuovi medici. Gli emendamenti del governo al decreto: gli ospedali potranno aumentare i dipendenti. Salta il tetto per il tempo determinato; più facile l'ingresso per gli specializzandi.

**Pacifico a pag. 5**

# Sanità, mossa per il Pnrr contratti per 5mila medici

- Gli emendamenti del governo al decreto: gli ospedali potranno aumentare i dipendenti
- Salta il tetto per il tempo determinato  
Più facile l'ingresso per gli specializzandi

**LA MISURA**

ROMA Tra nuove assunzioni e conferme ai contratti dei precari (che altrimenti rischiano di dover trasferirsi all'estero) l'obiettivo è di garantire a regime negli ospedali fino a 5mila medici in più. Non sono pochi, ma questo numero finisce per essere ancora più considerevole se si guarda agli organici del servizio sanitario nazionale: lo svuotamento in atto nelle corsie dei nosocomi da oltre un decennio ha ridotto il personale di 20mila dottori e 70mila infermieri, per non parlare del taglio di oltre 100mila posti letto, soprattutto nelle Regioni sotto commissariamento.

**LA STRATEGIA**

Va avanti la strate-

gia portata avanti dal ministro della Sanità, Orazio Schillaci, per invertire la tendenza. In commissione Bilancio della Camera lo stesso ministero e i partiti del centrodestra hanno depositato e approvato una serie di emendamenti al decreto Pnrr (da martedì sarà in discussione in Aula) per ampliare il personale disponibile, soprattutto guardando alla conferma dei contratti dei precari e allargando il raggio d'azione degli specializzandi. Ma non mancano percorsi di stabilizzazioni per "gli angeli del Covid". Soluzioni tampone, mentre lo stesso Schillaci lavora a misure più strutturali come il

Tornando agli emendamenti al Pnrr, il governo intanto ha deciso di far saltare il limite vigente «per assumere medici e professionisti sanitari e sociosanitari con contratti di lavoro subordinato a tempo determinato». In quest'ottica il tetto assunzionale è «pari al 50% della spesa sostenuta nel 2009». La norma specifica che i nuovi ingressi possono avvenire «mediante convenzioni o con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nonché nelle ipotesi di reclutamento di personale mediante contratti di formazione lavoro, o altri rapporti formativi, o con contratti di somministrazione di lavoro».

superamento del tetto assunzionale, sgravi fiscali sulla cosiddette indennità di specificità e incentivi per attrarre (anche tra i cervelli in fuga) più medici negli ospedali.



ro». Sul precariato, la maggiore offerta sanitaria imposta dal Covid, e la necessità degli ospedali di dover reclutare più personale anche pescando tra chi non aveva concluso la specializzazione, ha ridotto il gap rispetto al decennio: ma stando alle ultime stime si è passati dagli oltre 7.210 medici contrattisti nel 2013 a oltre 5mila. Che senza tetto di spesa possono essere riconfermati e avviati verso la stabilizzazione.

Secondo stime che circolano tra i dirigenti sanitari e i sindacati di categoria, il pacchetto del governo potrebbe - tra nuove assunzioni di contrattisti, maggiore ricorso agli specializzandi e stabilizzazioni - garantire il riempimento di 5mila caselle. Come detto, non pochi visti i tempi lunghi per essere visitati che da anni si registrano nei pronto soccorso e la difficoltà delle Asl di aggredire le liste d'attesa, anche con l'aiuto dei privati. Pierino Di Silverio, segretario nazionale del sindacato Anaa-Assomed, dice che «con queste misure si potrebbero raggiungere a regime quegli

obiettivi occupazionali». In quest'ottica non meno importante è l'approvazione «delle norme che favoriscono l'assunzione degli specializzandi». Da un lato salta il tetto assunzionale del 2 per cento negli organici per l'ingresso dei contrattisti nelle aziende ospedaliere universitarie, dall'altro salta, nelle strutture non convenzionate con il sistema universitario, la durata massima di 18 mesi ai contratti di lavoro. «A queste condizioni, chiaramente non convenienti, gli specializzandi non partecipavano neppure ai concorsi».

## ESAMI E OPERAZIONI

Anche con l'ausilio di un'apposita commissione, Schillaci sta lavorando a un piano per tagliare le liste d'attesa. In Italia - soprattutto per le prestazioni non urgenti - un quarto delle visite specialistiche, un quinto degli esami diagnostici e circa il 13 per cento degli interventi chirurgici non vengono eseguiti nei tempi previsti dalla legge. In questa direzione, e «per valorizzare le professionalità», è stato previsto che le Regioni «fino al 31 dicem-

bre del 2025 possono assumere a tempo indeterminato, in coerenza con il piano triennale dei fabbisogni di personale, il personale del ruolo sanitario e del ruolo sociosanitario, anche qualora non più in servizio, che siano stati reclutati a tempo determinato con procedure concorsuali e che abbiano maturato al 31 dicembre 2023 alle dipendenze di un ente del Servizio sanitario nazionale». Ma devono aver lavorato nelle strutture pubbliche per almeno un anno e mezzo.

**Francesco Pacifico**



**MEDICI** Previsti nuovi contratti e stabilizzazioni per 5000 unità



OGGI SI APRONO LE URNE DELL'ENPAPI

## Infermieri, le mani M5s sulla Cassa già segnata da investimenti azzardati Nel mirino pure titoli legati alla Ferragni. Scontro sul nuovo vertice

Felice Manti

■ È triste il destino degli eroi del Covid. Dimenticati dalla politica, richiestissimi all'estero, gli infermieri italiani sono alle prese con il rinnovo della loro cassa previdenziale, prima previsto dal 19 al 21 marzo, poi rinviato a oggi e fino al 15 aprile. L'Enpapi che deve garantire le pensioni agli infermieri è in crisi, come del resto altre casse minori (di ieri l'analisi sul settore di Osvaldo De Paolini), fiaccata da una gestione non sempre impeccabile, che ha visto investimenti non modesti della società Fenice srl nei titoli legati alla galassia di Chiara Ferragni, la cui credibilità come influencer e imprenditrice sono in picchiata a causa delle ben note vicende giudiziarie che la coinvolgono (da Balocco a Trudi).

Iniziano oggi le operazioni di voto - esclusivamente in modalità elettronica - per il rinnovo del vertice dell'ente, commissariato dal 2019 per le inchieste giudiziarie che hanno coinvolto la precedente gestione e presieduto dal 2020 da Luigi Baldini, nominato dal governo Pd-M5s. Nel mirino delle critiche di chi chiede a Mef e magistratura un nuovo commissariamento c'è proprio Baldini. La criticità della segretezza del voto e della sicurezza sistema - recentemente rinnovata,

esattamente il 25 marzo scorso - è già stata sottoposta alla magistratura: alcuni infermieri che si sono logati tramite Spid si sono trovati nell'area riservata di altre persone.

Ma non basta. Perché gli aventi diritto al voto sarebbero solo 46mila sui 96mila iscritti, come se il diritto venisse garantito solo alle «posizioni previdenziale contribuenti», non a tutte quelle presenti, allargando la platea anche agli assistenti sanitari con un computo considerato sproporzionato e fuori legge anche a causa della possibilità di esprimere un solo

voto, anziché più consensi come in precedenza. Anche il numero di delegati da eleggere è inferiore rispetto al previsto (117 anziché 139) e vengono posti paletti alla candidatura attiva e passiva che di fatto fanno fuori tanti nomi scomodi per l'attuale vertice. Una serie di arbitri su cui ha espresso le sue riserve il ministero del Lavoro, che avrebbe dovuto approvare le modifiche. Una parte dei rilievi è rimasta inascoltata.

Suscita dubbi anche la composizione della commissione elettorale, che non sarebbe affatto «terza» rispetto a Baldini. I maligni sostengono che a spuntarla dalle urne potrebbe essere l'ex parlamentare M5s Stefania Mammì, nuovamente vicina a Baldini dopo un forte litigio (qualcuno dice di aver sentito lei dire a Baldini «come ti ho messo lì, ti tolgo»).

Qualcuno salvi gli eroi del Covid dalle grinfie grilline.



SULLA GRATICOLA  
Luigi Baldini



**DATAROOM**

## Medici di famiglia: quello che non va

di **Milena Gabanelli, Simona Ravizza**  
e **Giovanni Viafora**

**N**ei prossimi 6 anni, su 37.860 medici di famiglia in servizio, 12.600 andranno in pensione. Uno su 3. Nello stesso periodo si stima che ne entreranno 10.714. Gli ingressi non copriranno le uscite, e già oggi un medico di base ha in carico 1.399 pazienti contro i 1.171 di dieci anni fa. Cosa andrebbe fatto per ridefinire ruolo e sistema. a pagina 31

# Medici di famiglia Cosa deve cambiare

NEI PROSSIMI 6 ANNI ANDRÀ IN PENSIONE UN DOTTORE DI BASE SU 3  
È L'OCCASIONE PER RIDEFINIRE IL RUOLO. MA I GIOVANI SCAPPANO  
FORMAZIONE SCADENTE E REGOLE CHE NESSUNO VUOLE MODIFICARE

di **Milena Gabanelli, Simona Ravizza**  
e **Giovanni Viafora**

**T**homas Edison, uno dei più grandi inventori di tutti i tempi, diceva che il medico del futuro non darà medicine ma motiverà i suoi pazienti ad avere cura del proprio corpo e a prevenire le malattie. Un secolo dopo quel tipo di medico che ha il tempo di ascoltare i propri pazienti ancora non si è visto. Ai pazienti basterebbe riuscire ad avere almeno un'assistenza degna di questo nome dal proprio medico di medicina generale, che è il primo contatto quando hanno un problema di salute. Il sistema sanitario è messo a dura prova da finanziamenti insufficienti, con carenza di specialisti ospedalieri dove servono, e liste d'attesa che spingono i cittadini a pagare di tasca propria 4 visite e 2 esami diagnostici su 10. E chi non può permetterselo troppo spesso rinuncia a curarsi. In questo contesto la figura del medico di famiglia è un punto di riferimento imprescindibile, ma sono pochi, non valorizzati nel loro ruolo, e non adeguatamente formati per rispondere ai bisogni di una popolazione sempre più anziana e con malattie croniche. La medicina di famiglia va ridisegnata, e oggi c'è l'occasione buona perché dopo 50 anni siamo di fronte al più grande ricambio generazionale.

### Chi entra e chi esce

Nei prossimi 6 anni, su 37.860 medici di medicina generale (mmg) in servizio, 12.600 andranno in pensione. Cioè uno su 3. Nello stesso periodo la stima è che ne entreranno 10.714. Vuol dire che gli ingressi non copriranno le uscite, e già adesso ognuno ha in carico 1.399 pazienti contro i 1.171 di 10 anni fa. È il caso di cominciare a pensarci adesso per investire su una professione che è il primo filtro all'intasamento del pronto soccorso, e che da anni è colpevolmente relegata alla serie B. Cosa fare? Vediamolo seguendo nella loro carriera: da quando iniziano a studiare Medicina, a quando vanno a lavorare nel loro ambulatorio.

### Professione senza appeal

Per prima cosa i giovani laureandi andrebbero invogliati a diventare medici di famiglia, cosa che oggi non succede: il 78% degli studenti in Medicina durante i 6 anni di università non ha l'opportunità di conoscer-



re l'attività del dottore di medicina generale perché gli atenei non prevedono lezioni o tirocini mirati né la presenza degli mmg ai corsi. Una volta terminati gli studi universitari, vanno eliminate le differenze economiche tra chi frequenta il corso triennale di formazione per diventare medico di famiglia e chi una Scuola di specializzazione. Il corso per mmg, che non è universitario ma dipende dalle Regioni, è pagato con una borsa di studio di 11 mila euro l'anno, cioè 966 euro al mese, soggetti a Irpef, con contributi a carico di chi lo frequenta, e nessun assegno in caso di maternità. Ben diversa è la situazione degli specializzandi ospedalieri, che hanno una borsa di studio di 26 mila euro l'anno, contributi inclusi e senza Irpef. Già questo indica a monte la scarsa considerazione per il medico di base. La conseguenza è che i neolaureati in Medicina se hanno un'alternativa di solito la preferiscono: i numeri dimostrano che più aumenta il numero di posti nelle scuole di specializzazione, meno candidati ci sono al corso di formazione triennale per diventare medico di medicina generale. Se nel 2019 con 1.765 borse di studio c'erano 4 candidati per ogni posto disponibile, nel 2023 con 2.596 posti ben 10 Regioni (come Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana) non sono riuscite a coprire tutte le borse di studio.

### **Il corso di formazione**

Cosa succede quando i giovani medici arrivano al corso triennale di formazione? Il programma delle attività è regolato da norme di 18 anni fa (d.m. 7 marzo 2006) che nelle 1.600 ore di teoria non prevede informazioni aggiornate con i tempi: dal lavoro nelle Case di Comunità finanziate dal Pnrr, all'uso di apparecchiature per gli esami di primo livello (spirometri, Ecg, ecografi), ecc. Dal 2018 gli mmg in formazione possono lavorare in ambulatorio con propri pazienti, e dal 2020 per le 3.200 ore di formazione pratica vengono fatte valere le ore di lavoro in ambulatorio senza di fatto nessun tutor. È un paradosso perché nella sostanza è come ammettere che il corso serve a poco. La soluzione può essere quella di trasformare la formazione del medico di famiglia una vera e propria specialità, sull'esempio delle scuole di «Family medicine» europee. Questo, con ogni probabilità, alzerebbe il livello della professione rendendola più attrattiva per i laureati migliori, e verrebbe sottratta anche al controllo delle lobby dei potenti sindacati dei medici, che oggi gestiscono le scuole di formazione e hanno tutto l'interesse a mantenere lo status quo (vedi Dataroom del settembre 2022).

### **Le prestazioni offerte**

Quando poi il medico di famiglia entra nel proprio ambulatorio deve essere messo in grado di offrire ai pazienti prestazioni in linea con i bisogni crescenti. Prendiamo come esempio un paziente con una patologia cronica cardiovascolare. Oggi va dal medico di famiglia che gli fa un'impegnativa per una visita cardiologica e un elettrocardiogramma. Il paziente deve quindi andare al Cup per fare la prenotazione, perdendo

tempo in lista d'attesa. Se invece il medico avesse un elettrocardiografo e fosse formato a usarlo, potrebbe monitorarlo direttamente e inviarlo dallo specialista solo in caso di criticità. Un paziente con sospetto di colica renale oggi viene visitato e il medico di famiglia può prescrivergli un antidolorifico e mandarlo a fare un'ecografia. Se invece avesse a disposizione un ecografo potrebbe valutare se c'è la presenza di un calcolo e avviare una terapia.

Il 28 gennaio 2020 sono stati stanziati 235 milioni di euro per fornire agli mmg gli strumenti per gli esami di primo livello, ma non è ancora stato acquistato nulla. Pro-

tabilmente anche per la resistenza dei più anziani che sostengono di non saperli usare, mentre il 70% dei giovani medici ritiene importante potere eseguire questi esami.

### **Il rapporto con il servizio sanitario**

Arriviamo infine alla domanda delle domande: in che rapporto devono essere i medici di famiglia con il servizio sanitario?

Da anni sono dei liberi professionisti convenzionati con il ssn, e la loro attività è regolata da un contratto firmato dai sindacati, ma una parte importante dei giovani chiede di diventare dipendente. Infatti c'è una levata di scudi mai vista prima contro il nuovo accordo collettivo nazionale dell'8 febbraio 2024. Il motivo è che in base alle nuove regole chi ha meno di 400 pazienti, dunque la stragrande maggioranza dei giovani medici di famiglia, è chiamato a mettere a disposizione dell'Asl 38 ore la settimana per fare la guardia medica o attività simili contro le 6 ore di chi ha 1.500 pazienti, cioè i più anziani. I giovani sono convinti che si troveranno con tutti gli svantaggi della libera professione (trovarsi un sostituto e pagarlo in caso di malattia o vacanza) e anche quelli della dipendenza (non hai più modo di gestire il tuo tempo perché sei obbligato a fare quello che dice l'Asl, con un tot di ore come guardia medica). A questo punto una parte di loro chiede di rendere la professione dipendente al 100%, con tutte le garanzie che ciò comporta (malattie e ferie coperte, ecc.).

La Fimmg che rappresenta il 62,8% dei dottori di famiglia iscritti a un sindacato è contraria, come non vede di buon occhio l'ingresso nelle Case di Comunità. Lo status quo consente agli mmg, di continuare a fare anche lavori fuori dagli ambulatori e quindi di guadagnare di più. I giovani invece sono la forza-lavoro che potrebbe andare a lavorarci, a patto che la politica sia in grado di coinvolgerli. Negli ultimi decenni questa



professione si è sfilacciata, l'assistenza sul territorio impoverita, la domanda è in crescita esponenziale, la tecnologia ha fatto passi avanti, per tutte queste ragioni l'approccio va modificato. E il momento è propizio, proprio perché siamo di fronte a un travaso generazionale.

Dataroom@corriere.it

# DATAROOM



**Corriere.it**

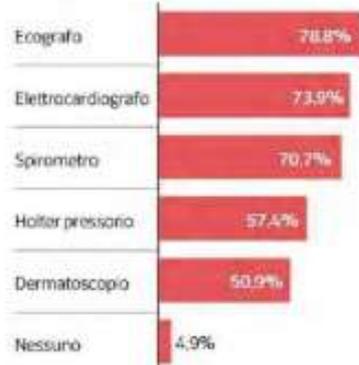
Guardate i video sul sito del «Corriere della Sera» nella sezione Dataroom con gli approfondimenti di data journalism.

## Scuole di specializzazione e candidati MMG



Fonte: Dataroom su dati di Massimo Minerva

## Gli strumenti che i medici in formazione vorrebbero utilizzare (anche più risposte)



Fonte: Apieff febbraio-dicembre 2019-febbraio 2020, campione di 566 medici in formazione o appena formati

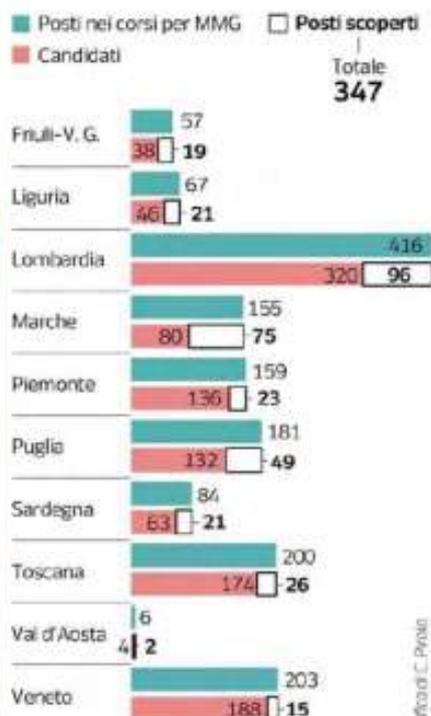
## Le previsioni (2024-2030)



Fonte: 18° Rapporto Sanità Crea su dati Enpar, elaborazione Dataroom su dati Ais di Massimo Minerva

## Posti e candidati

### Le 10 Regioni in difficoltà (2023)



Fonte: Ais, Massimo Minerva e Zeno Data Valle

Infografica: C. Priso



**SALUTE**

# DIAGNOSI 4.0

## «L'ITALIA CANDIDATA PER LA RICERCA»

Ge HealthCare, leader nel campo delle apparecchiature per esami radiologici di ultima generazione, è presente in 200 ospedali

E potrebbe considerare il nostro Paese per ampliare i suoi centri di sviluppo. «L'AI è un prezioso alleato, ma non sostituirà i medici», dice Antonio Spera, a capo della divisione Mediterranea del gruppo

di **MARGHERITA DE BAC**

**H**a festeggiato il suo primo compleanno GE HealthCare, azienda «in fasce» per età eppure già leader a livello mondiale nel campo della tecnologia medica, della diagnostica farmaceutica e delle soluzioni digitali, guidata da Antonio Spera, lucano adottato da Milano, ingegnere biomedico, dal 2018 presidente e amministratore delegato per Italia, Malta e Israele. Il quartier generale è a Chicago, i centri di sviluppo e ricerca sono in Cina, India e Israele. E chissà che non sia in arrivo qualcosa per l'Italia. A inizio 2023 GE HealthCare si è staccata come spin-off da General Electric e ha conquistato la piena indipendenza, quotata al Nasdaq, il cuore che batte per la sanità. Il fatturato del 2023 ha toccato i 19,6 miliardi. Oltre 4 milioni i dispositivi installati, circa 35mila in Italia dove operano 600 professionisti, sede centrale a Milano.

**Racconti che cosa fate...**

«Ci muoviamo nel settore delle tecnologie semi-complesse o poco complesse, come i tapis roulant per i test cardiaci sotto sforzo o gli elettrocardiografi. E poi in quello della radiologia, offrendo apparecchi sempre più sofisticati. Pensiamo ai mammografi la cui pressione sul seno viene controllata dalla donna attraverso un pulsante da lei stessa azionato, in modo

da darle tranquillità. O a macchinari di risonanza magnetica per il ginocchio a misura di paziente: la bobina che fascia la parte da esaminare è morbida e il senso di ingabbiamento è stemperato».

**Un vostro cavallo di battaglia è la farmacodiagnostica, di cosa si tratta?**

«Farmaci utilizzati per arrivare a diagnosi sempre più dettagliate, in una parola i traccianti, i radiofarmaci. Siamo stati i primi a mettere a punto una sostanza da utilizzare nella PET per la comprensione dell'Alzheimer. Abbiamo acquisito inoltre un farmaco unico nel suo genere per aiutare a predire il tumore metastatico alla mammella»

**La risonanza magnetica è uno degli apparecchi più utilizzati in radiologia. La sua azienda ne ha potenziato**

**l'efficienza con l'applicazione dell'intelligenza artificiale.**

«Gli algoritmi dimezzano i tempi di esecuzione dell'accertamento, garantendone la stessa qualità. C'è attenzione alla comodità del paziente e alla rapidità dell'esame».

**Procedendo di questo passo si potrebbe arrivare alla sostituzione della figura del radiologo. Ipotesi concreta?**

«No, il medico non potrà mai essere sostituito, serviranno sempre l'occhio umano per leggere immagini e la pre-

parazione dello specialista per redigere referti. L'intelligenza artificiale sarà però un grande alleato grazie a un app di ausilio alla refertazione automatica che ne accorcerà i tempi».

**La madre di tutte le innovazioni è la teranostica, nata in Israele. ...**

«Il termine si riferisce alla combinazione di terapia e diagnostica e indica l'integrazione di farmaci e diagnosi per facilitare la messa a punto di trattamenti mirati sul paziente, poveri di effetti collaterali e rapidi. È una delle principali sfide della sanità del futuro, la nuova strada della medicina nucleare. Vengono utilizzate sostanze che si legano solo con le cellule tumorali e riducono il rischio di danneggiare i tessuti sani. Per ora gli schemi terapeutici sono applicati solo a quattro tipi di tumore. Contiamo di poter arrivare a altre patologie, prevalentemente oncologiche».

**GE opera in 150 Paesi, in Italia è presente in 200 ospedali. Dove volete**



# L'ECONOMIA

## arrivare?

«Ovviamente puntiamo a occupare sempre più spazi di mercato ma nel rispetto di due principi: correttezza etica e abbattimento dei consumi energetici. La sostenibilità ambientale non è un accessorio».

## E la digitalizzazione?

«E' il cuore dei nostri progetti di sviluppo. E' fondamentale per la gestione degli ospedali. Le descrivo il Command Center, una centrale di comando attrezzata di schermi dove convergono le informazioni delle attività in ospedale. Un esempio: vengono se-

gnalati i pazienti già dimessi ma che a distanza di 2 ore sono ancora a letto, ritardando così le operazioni di pulizia. Evitare questi spazi temporali morti significa accelerare il meccanismo dei nuovi ricoveri e accorciare le liste di attesa».

## Esistono già strutture attrezzate di questi sistemi?

«L'Humber River Hospital di Toronto, in Canada, è stato il primo ospedale al mondo a dotarsi di un Command Center. Gli operatori lavorano in un ambiente del tutto simile alla torre di controllo di uno scalo aereo e le stesse

informazioni sono disponibili sullo smartphone. Pensiamo a quando può essere d'aiuto disporre di questo sistema nei periodi critici o per smaltire le liste di attesa. Ad esempio riducendo i no show, i casi in cui i malati non si presentano a una visita. Grazie alla programmazione intelligente è infatti possibile ridurre gli appuntamenti a vuoto del 70%».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Gli algoritmi dimezzano i tempi di esecuzione dell'accertamento, garantendone la stessa qualità**

**Le strutture ben gestite, con una sorta di Torre di controllo, possono accorciare le liste di attesa e abbattere i «no show» alle visite**



### ● L'azienda

GE HealthCare è un'azienda specializzata nel campo della diagnostica e delle soluzioni digitali per la salute. Il quartier generale è a Chicago e il presidente e ceo è Peter Arduini. Da un anno si è staccata da GE come spin off. E' quotata al Nasdaq e fattura 19,6 miliardi



### Al timone

Antonio Spera, lucano adottato da Milano, ingegnere biomedico, dal 2018 presidente e amministratore delegato per Italia, Malta e Israele. «La teranostica combina la diagnosi e i trattamenti mirati per le patologie tumorali»



## L'AMBIENTE

### SIA UNIVERSALE IL DIRITTO ALLA SALUTE

ALBERTO DE SANCTIS / PAGINA 12

La salute è un diritto di tutti. Non dev'essere appannaggio di pochi privilegiati. Questo il senso delle iniziative legate alle Giornate mondiali della salute, proclamata dall'Oms.

## LA SALUTE DIRITTO DI TUTTI

ALBERTO DE SANCTIS

**S**i è celebrata la giornata mondiale della salute, proclamata dall'Organizzazione Mondiale della salute (OMS). *My health, My right*, è questo lo slogan scelto per quest'anno. La salute è un diritto di tutti. Non dev'essere appannaggio di pochi privilegiati.

Al netto delle sacrosante campagne di sensibilizzazione, degli appelli lanciati in occasioni come queste e perlopiù destinati a cadere nel vuoto, è crescente l'attenzione per gli effetti che il surriscaldamento climatico può avere sulla salute. Lo scioglimento dei ghiacciai e la conseguente carenza di risorse idriche, le improvvise precipitazioni cui seguono altrettanto improvvisi innalzamenti delle temperature, le ondate di calore mal sopportate soprattutto da anziani e bambini, il salire del livello delle acque dei mari, l'estinzione di alcune specie ittiche e l'incremento di altre, le modificazioni della flora e della fauna, un territorio che si va facendo sempre più fragile, non possono non riflettersi sul nostro modo di vivere e pensare, sul nostro modo di consumare il cibo, in ultima istanza o meglio in primis sul nostro organismo, che è costretto ad adattarsi subendone gli inevitabili contraccolpi. È evidente l'esistenza di un nesso tra surriscaldamento climatico e salute. Per questo la tutela del diritto alla salute intesa come diritto universale, *My health, My right*, non può più prescindere dal considerare l'ambiente come casa comune, come bene comune, che non può essere comprato o venduto in assenza di un'adeguata regolamentazione.

È comprovato che la salute umana dipenda da quella dell'ambiente e che determinate sue alterazioni abbiano il potere di comprometterla. A testimoniarlo sono le numerose catastrofi, che anche l'Italia non si è fatta mancare. Dalla Terra dei fuochi all'Acna di Cengio, dai morti per amianto di Casal Monferrato al naufragio della Haven, dalla tristemente nota diossina killer di Seveso alle polveri sottili che inaliamo quotidianamente. Malgrado ciò, secondo uno

studio promosso dalla Commissione europea nell'ottobre del '22, l'Italia continua ad essere uno dei paesi più vulnerabili d'Europa. Il genere umano appare ancora disposto a tutto pur di estromettere se stesso dal pianeta. È questo l'atteggiamento che nella Laudato si' Papa Francesco definisce "antropocentrismo deviato" o "dispotico". Ma una politica troppo appiattita sul presente non ha la forza, da sola, per intervenire efficacemente. A sollecitarla deve essere chi sta più in basso, che però a sua volta necessita di avvalersi del supporto di una scienza capace di coinvolgere ed interessare la collettività.

A costituire un esempio virtuoso è il *Baby Tooth Survey*. Un'indagine che sul finire degli anni '50 si svolge chiedendo alle madri dei neonati, che vivono in quelle zone degli USA dove vengono effettuati i test nucleari a cielo aperto, di inviare i dentini da latte dei propri figli. La risposta è massiccia e i risultati della ricerca, pubblicati su *Science*, rilevano l'accumulo di un isotopo radioattivo (Stronzio-90) in quantità significativamente superiore a quella presente prima dell'inizio dei test nucleari. La divulgazione dei risultati e il valore scientifico degli stessi smuovono l'opinione pubblica e, nel 1963, il governo americano bandisce gli esperimenti nucleari a cielo aperto. Un'indagine simile a questa sarebbe oggi auspicabile per studiare le conseguenze del cambiamento climatico sulla salute. Un'indagine ad ampio spettro, che seguendo l'esempio del *Baby Tooth Survey*, dovrebbe essere adeguatamente pubblicizzata coinvolgendo il più ampio numero di individui possibile. Non sarebbe azzardato riferirsi alle esperienze della "scienza partecipata".

Lo studio delle patologie riconducibili al cambiamento climatico, condotto in vista della salvaguardia della salute di tutti, potrebbe forse anche indurre a ritrovare fiducia in quella vocazione della scienza a porsi a servizio dell'umanità, che in troppi con il Covid hanno messo in dubbio. Diventerebbe così quasi impossibile continuare a tenere gli occhi chiusi o semichiusi su di un fenomeno come il cambiamento climatico, che rischia di compromettere la salute nostra, assieme a quella dei nostri figli. —



# Ovuli congelati e maternità: sfidare l'orologio biologico diventa una moda

**In aumento  
il numero  
di donne che  
ricorrono  
all'«egg  
freezing»  
per poter  
posticipare  
la gravidanza**

di **Melania Rizzoli**

**S**ta diventando quasi una moda, e oggi sembra una cosa normale e lungimirante quella di congelare i propri ovuli per preservare la fertilità e poter posticipare una eventuale gravidanza al momento giusto e con il partner ideale. Fino a pochi anni fa la tecnica dell'«Egg Freezing», ovvero la crioconservazione in laboratorio degli ovociti veniva eseguita, per ragioni mediche, sulle giovani donne che dovevano sottoporsi a trattamenti che potevano rendere sterili le ovaie, come la chemio o radioterapia, note cause di infertilità, per dare loro la possibilità di intraprendere una gravidanza una volta guarite ed uscite dal tunnel delle terapie oncologiche. Oggi invece sono migliaia le donne fertili e sane che, dai 24 e prima dei 35 anni, quan-

do notoriamente avviene un repentino calo della qualità dei gameti femminili, richiedono il prelievo e la conservazione dei propri ovociti per garantirsi la possibilità di un concepimento programmato e fare un figlio anche avanti nel tempo, quando le probabilità di gravidanza naturale divengono sempre più rare.

Nei centri italiani di PMA (Procreazione Medicalmente Assistita) sono già migliaia gli ovuli congelati e conservati a -196 gradi in azoto liquido, che aspettano di essere inseminati e reimpiantati nell'utero delle donne dai cui sono stati prelevati anni prima, quando, per ragioni personali o sociali, le stesse si erano sottoposte a tale tecnica in previsione di diventare madri in futuro.

Il congelamento degli ovuli non è una garanzia assoluta di mater-

nità, nel senso che non assicura sempre una gravidanza certa, ma di sicuro ne aumenta le possibilità, anche se molto dipende dall'età e modalità in cui sono stati prelevati, e soprattutto dalla stagione di vita in cui si decide di utilizzarli, tenendo ben presente che non tutti gli ovuli saranno efficaci e non tutti sopravviveranno bene allo scongelamento.

Dalla riserva ovarica, il cui nu-



# il Giornale

mero di ovociti è geneticamente determinato e non aumenta negli anni, in genere, dopo una stimolazione delle ovaie tramite somministrazione di ormoni, con iniezioni sottocutanee giornaliere di gonadotropine per almeno due settimane, al fine di ottenere la maturazione del maggior numero di ovociti, si prelevano, dopo i controlli e gli esami di rito, sotto guida ecografica, per via transvaginale e in anestesia generale, con un apposito ago montato sulla sonda, dai 10 ai 12 ovociti ritenuti idonei, ovvero i più grandi e ben formati, i quali, dopo essere mantenuti per circa due ore in un incubatore, vengono esaminati da un ingegnere biologo che subito dopo provvede alla loro «vitrificazione», una tecnica per prevenire formazione di cristalli di ghiaccio all'interno della cellula, ed impedire che vengano distrutti durante lo scongelamento, per poi prepararli per la crioconservazione immersi in temperature polari, dove possono essere mantenuti vitali per molti anni, potenzialmente all'infinito, mantenendo intatto il proprio potenziale riproduttivo dell'età della paziente al momento del prelievo, senza deteriorarsi, subire il danno del tempo né invecchiare dal punto di vista metabolico e cellulare.

In Italia, quando la paziente decide di intraprendere una gestazione utilizzando i propri ovuli crioconservati secondo la normativa vigente (legge 40/2004), questi vengono scongelati e contemporaneamente fecondati in vitro (in provetta) con il seme appena prodotto da masturbazione dal partner scelto, mediante la tecnica della Procreazione Medicalmente Assistita, ovvero con la micro iniezione di uno spermatozoo mobile e vitale all'interno dell'ovulo (ICSI), per renderlo fecondo e quindi reimpiantarli nell'utero materno con una pipetta al fine di favorire il suo annidamento e sviluppare la tanto desiderata gravidanza. Se durante tale procedura vengono inseminati più ovuli, gli embrioni non trasfe-

riti in utero vengono a loro volta crioconservati per poter essere utilizzati in trattamenti futuri o in quelli non andati a buon fine. Degli ovuli congelati non utilizzati, potenzialmente fratelli o sorelle di quello che ha prodotto e fatto nascere un bambino, la donna proprietaria può decidere di lasciarli ibernati, di donarli ad altre coppie, metterli a disposizione della scienza o richiedere che vengano

eliminati. Sia la procedura del prelievo che quella del reimpianto sono interventi indolori, hanno ciascuna la durata di circa 10/15 minuti e necessitano entrambe di ricovero ospedaliero in regime di Day Surgery con dimissione in serata. La probabilità di successo di gravidanza con ovuli criocongelati è stimata in oltre il 50% nelle donne di età inferiore ai 30anni, al 40% in quelle fino a 35anni, per poi ridursi drasticamente sotto al 18% in quelle di età superiore, anche a parità di numero di ovuli recuperati, senza dimenticare l'importanza delle caratteristiche del seme del partner e le condizioni fisiologiche ed ormonali dell'utero materno al momento dell'impianto. Il processo di congelamento e vitrificazione non ha alcun effetto patologico o somatico sul futuro nascituro e il bambino che nascerà dal freddo non avrà alcuna differenza con quello nato da una gravidanza naturale.

Qualche settimana fa la modella Bianca Balti (1,5 milioni di follower) ha dichiarato pubblicamente di voler regalare alla figlia oggi 17enne, il percorso della crioconservazione degli ovuli una volta raggiunta la maggiore età, per renderla libera di scegliere quando e con chi avere in futuro un figlio senza rinunciare alla carriera, e sui social spopolano le attrici famose che hanno sfidato l'orologio biologico con maternità ritardate ed annunciato di aver partorito alle soglie della menopausa, come Cameron Diaz a 51 anni, Brigitte Nielsen a 55 anni, Gianna Nannini a 54 anni, Carmen Russo

a 53 anni, Claudia Raia addirittura a 56 anni, confermando che l'industria medica della riproduzione, con le sue tecniche sempre più evolute e sofisticate, è in grado di forzare e piegare le leggi della natura anche nelle stagioni non più primaverili di una donna.

La Pma è in costante crescita in tutto il mondo, e sui siti dedicati la crioconservazione degli ovociti viene presentata come una polizza assicurativa sulla fertilità, uno strumento per salvaguardare l'autonomia riproduttiva femminile, e garantire una maternità sempre più programmata e ritardata, giocando sulle lacune informative e sull'ignoranza scientifica dei consumatori, eppure il ricorso a questa procedura è sempre più frequente, in Italia l'«Egg Freezing» registra un aumento del 25% all'anno, e le gravidanze medicalmente assistite rischiano tra pochi anni di superare in numero quelle naturali generate dal normale e fisiologico atto sessuale.

Ps: Mercoledì scorso in uno storico voto il Parlamento Europeo ha approvato la risoluzione di includere l'aborto nella «Carta dei diritti fondamentali della Ue», e contemporaneamente ha condannato «tutti i tentativi di limitare, o eliminare, le protezioni per la salute e i diritti sessuali e riproduttivi» a dimostrazione di come le tecniche abortive o riproduttive assistite siano disciplinate da leggi nazionali, a differenza delle gravidanze naturali, inaspettate, desiderate o meno, che restano ancora affidate alle leggi supreme di Madre Natura e fortunatamente libere da ogni vincolo legislativo.

## TENDENZA

**La modella Bianca Balti vuole regalare questo percorso alla figlia 17enne**

### STATISTICHE

**La probabilità di successo si riduce al 18% oltre i 35 anni  
Per le under 30 è del 50%**



CAMICI BIANCHI DI CATANIA SOTTO ACCUSA

# Autopsia con balli e canti bufera sui giovani medici Il prof: era per rilassarsi

Il docente li guida  
al ritmo di Gioca jouer  
L'Ordine l'attacca: serve  
rispetto per i cadaveri

di Francesco Patanè

«Salutare... Camminare... nuotare... sciare...», al ritmo di "Gioca jouer" di Claudio Cecchetto, con i cadaveri a un metro di distanza. Professori universitari e medici legali ballano e cantano mentre sono impegnati in alcune esercitazioni sui cadaveri: si tratta di lavori preparatori di una sessione del convegno nazionale della Società italiana di medicina legale che si terrà a giugno a Catania. È successo alcune settimane fa in un'aula di docenza a Malta. «Un comportamento disdicevole anche se fatto all'estero. Ci sono colleghi italiani coinvolti. Nessuno si immaginerebbe di ballare in un'aula didattica o autoptica – attacca il presidente della federazione nazionale degli Ordini dei medici Filippo Anelli –. Credo che la professione meriti rispetto e ci voglia anche rispetto nei confronti dei cadaveri. Ci sarà una valutazione deontologica sul comportamento dei professionisti coinvolti».

Uno dei partecipanti ha girato il video della performance diventato virale: una cinquantina di medici legali scatenati fra i banchi e in cattedra il professore Cristoforo Pomara, ordinario di Medicina legale all'Università di Catania, che fa il dj mentre si dissezionano salme. Un

ballo che è stato definito macabro, irrispettoso e che rischia di avere conseguenze pesanti per i partecipanti. La Società italiana medici legali (Simla) chiede l'intervento del ministro della Salute, Orazio Schillaci. «Il comportamento ripreso nel video è riprovevole ed estraneo alla cultura medico legale – dice Francesco Introna, presidente della Simla –. Il comportamento deontologico dei medici legali italiani è da sempre improntato al massimo rispetto della dignità del cadavere e dei parenti. Il corso a cui si fa riferimento non è stato organizzato né patrocinato dalla nostra società che organizza tutti eventi solo in Italia».

In pochi minuti Pomara, responsabile del convegno, viene travolto dalle critiche. Lui si difende: «Si è lavorato per una settimana a tecniche di dissezione difficilissime, anche più di 12 ore al giorno in sala anatomica per sfruttare al massimo il tempo a disposizione – sottolinea –. Tali sforzi non possono essere mortificati da pochi secondi di un video che riprende un momento distensivo necessario a stemperare la tensione derivante dalle delicatissime attività formative che si stavano svolgendo».

Per il docente «il video è stato realizzato in una pausa necessaria da

un punto di vista didattico dopo sette ore di sezioni anatomiche difficilissime che hanno richiesto una concentrazione enorme». E aggiunge: «Non voglio tergiversare e non posso che scusarmi, anche a nome di tutti i presenti, non tanto per l'accaduto, ma per il fatto che lo stesso sia stato diffuso illegalmente e dato in pasto ai social e ai media in maniera tale da potere ingenerare forse qualche turbamento».

«Non si è trattato di una autopsia giudiziaria né di un riscontro diagnostico», è la sua difesa. Le immagini, riprese da qualcuno all'interno dell'aula, sono però finite nelle chat di altri professori e medici legali. «Ho dato mandato ai miei avvocati di tutelarmi nelle opportune sedi – conclude Pomara –. Per la diffusione illegale del filmato interno realizzato in una pausa di una esercitazione e quindi assolutamente avulso dal contesto professionale medico legale». Ma molti suoi colleghi non la pensano così.

**Lui si difende:  
"Volevo stemperare la  
tensione". La Simla:  
intervenga il ministro**

