



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 MAGGIO 2022

A CURA DELL'UFFICIO STAMPA CRT SICILIA



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Ospedale Cervello, Roberta Fedele alla guida della “Medicina Trasfusionale e dei Trapianti”

Il dg Walter Messina sottolinea: "Continua la riorganizzazione di unità strategiche e l'arruolamento di professionisti di alta levatura per garantire elevati standard di qualità assistenziale".

PALERMO. Per 5 anni la dott.ssa Roberta Fedele guiderà l'unità operativa complessa di Medicina Trasfusionale e dei Trapianti dell'ospedale “Cervello”, dell'azienda ospedaliera “Ospedali Riuniti Villa Sofia- Cervello” di Palermo.

“Continua – commenta Walter Messina, direttore generale dell'Azienda “Ospedali Riuniti Villa Sofia- Cervello” di Palermo – la riorganizzazione di unità strategiche e l'arruolamento di professionisti di alta levatura per garantire elevati standard di qualità assistenziale ai nostri pazienti “.

Fedele, laureatasi presso l'Università degli Studi di Messina e specializzatasi in “Allergologia e Immunologia Clinica”, vanta anche un dottorato di ricerca in “Immunologia Sperimentale Internazionale” e diversi stage all'estero e in Italia, dal “Karolinska Institutet” di Stoccolma in Svezia, al National Cancer Institute di Bethesda, MD, USA, all'Ospedale “Niguarda” di Milano, Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma, presso il Dipartimento di Medicina Trasfusionale o formazione Centro di Biotecnologie – Laboratorio Cellule Staminali e Terapie Cellulari. Neo coordinatore SIDEM (Società Italiana di Emaferesi e Manipolazione Cellulare) della regione Sicilia, ha alle spalle un qualificante percorso professionale presso l'Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, oggi Grande Ospedale Metropolitano “Bianchi Melacrino Morelli” nel settore Ematologia con Trapianto (CTMO) e Laboratorio di Manipolazione Cellulare.

Già direttore dell'UOC di Medicina Trasfusionale presso l'Azienda Ospedaliera “Papardo” di Messina: unità che, sotto la sua direzione, è stata nominata “Blood Establishment capofila dei Servizi Trasfusionali” della Regione Siciliana per partecipare al progetto europeo “Emergency



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Support Instrument (ESI) funding application” (progetto approvato e finanziato dalla Commissione Europea). Ha contribuito alla preparazione, esecuzione e gestione del follow up di oltre 800 trapianti di cellule staminali emopoietiche, di cui oltre 240 allogenici (oltre 145 da donatore familiare HLA compatibile, oltre 40 da donatore familiare aploidentico, oltre 55 da donatore volontario da registro) e oltre 560 autologhi. Ha, inoltre, effettuato tra l’altro – oltre 500 collezioni di cellule staminali da sangue periferico con staminaferesi; oltre 560 procedure di fotochemioterapia extracorporea; 9 espanti di midollo osseo; 160 infusioni di linfociti allogenici.

Fedele, già componente del Comitato di supporto Tecnico-Scientifico del Centro Regionale Sangue e del ” Gruppo di lavoro per la revisione dei requisiti autorizzativi specifici per l’esercizio delle attività sanitarie e per l’organizzazione dei corsi di formazione in materia” , nonché del “Gruppo di lavoro dei responsabili dei Servizi Trasfusionali identificati dalla nostra Regione per la raccolta del plasma iperimmune da convalescente (TSUNAMI study” prot. DASOE/6/24084), è stata revisore scientifico per le riviste ” Expert Opinion on Hematology” e per ” Clinical Experimental Medicine”.

Coautrice di oltre 130 abstract per congressi nazionali e internazionali e di diverse pubblicazioni su riviste impattate. Vincitrice, per la presentazione di un lavoro scientifico, di “Case Report Presenter Grant” all’EBMT (Gruppo Europeo per i Trapianti di Midollo Osseo) Complications and Quality of Life Working Party Educational Course “Thinking Outside the Box: Going beyond Survival after Stem Cell Transplant” e vincitrice del premio di studio “Caminiti”.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Fibromialgia, l'Aisf: «Va avanti la nostra battaglia per l'inserimento nei Lea»

Giusy Fabio, vicepresidente dell'Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica: «Sarebbe un importante punto di partenza per il riconoscimento della patologia».

13 Maggio 2022 - di [Sonia Sabatino](#)

Ancora una volta i **monumenti** di tutta Italia sono stati illuminati di viola per la **Giornata mondiale della Fibromialgia**, con l'obiettivo di sensibilizzare la cittadinanza e le istituzioni su questa malattia cronica e invalidante. «Noi portiamo avanti la campagna dal titolo "Illuminiamo la fibromialgia"- precisa ad Insanitas **Giusy Fabio** (nella foto), vicepresidente di **Aisf** (Associazione Italiana Sindrome Fibromialgica) – Il progetto è partito l'anno scorso ed è stato un successo anche in Sicilia: il Comune di **Palermo** ha autorizzato l'illuminazione di Porta Felice, location non scelta a caso perché qui c'è anche la nostra panchina viola e **Bagheria** ha illuminato Palazzo Butera. Quest'anno ha dato il patrocinio all'evento anche la Regione Siciliana, grazie alla sensibilità mostrata dal vicepresidente Gaetano Armao, pertanto è stato acceso il Castello Utveggio. I comuni di Bagheria e Palermo ci hanno sempre sostenuti ed appoggiati nella nostra lotta, e sono stati sempre presenti alle nostre iniziative».

La Giornata della Fibromialgia si celebra il 12 maggio perché è la data di nascita di **Florence Nightingale**, considerata la fondatrice dell'assistenza infermieristica moderna, in quanto fu la prima ad applicare il metodo scientifico attraverso l'utilizzo della statistica. Propose, inoltre, un'organizzazione particolare degli ospedali da campo, permettendo così la futura nascita della Croce Rossa. Si pensa che la crocerossina fosse anche fibromialgica, da qui la giornata in suo onore.

«Questo genere di iniziative servono a **sensibilizzare** ancor più che nel passato perché siamo in attesa di risposte. Ufficiosamente Sileri, durante l'ultima intervista rilasciata a Striscia

la Notizia, ha dichiarato che la commissione per il **rinnovo Lea** ha dato parere favorevole all'inserimento della fibromialgia nei nuovi Lea, ma non c'è ancora nulla di ufficiale- precisa ancora Giusy Fabio – C'è anche un problema da questo punto di vista, perché gli ultimi Lea



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

del 2017 non sono mai stati attuati, infatti, mancava il **decreto tariffe** che li avrebbe resi attuabili. Questo decreto tariffe è arrivato a fine novembre 2021, ma da metà gennaio è bloccato, perché in conferenza Stato-Regioni non si mettono d'accordo e non vogliono approvarlo. Se questo decreto non si sblocca, però, i Lea del 2017 restano bloccati e non possono essere approvati i nuovi Lea, in cui verosimilmente è prevista la fibromialgia. Recentemente sono stata convocata dal **Ministero della Salute** proprio perché una delle patologie che risente di questo problema è la fibromialgia. Durante l'incontro del 5 aprile il ministero ha mostrato assoluta volontà di portare a termine questo percorso».

«Altro problema è quello dei **5 milioni di euro** stanziati con la Legge di Bilancio di cui ancora non abbiamo visto nulla, non noi come associazione perché i fondi non arrivano a noi, ma non abbiamo cognizione di come questi soldi verranno spesi, non sappiamo a chi verranno versati, come verranno dati, se deve essere presentato qualche progetto dalle strutture sanitarie. Sia chiaro, però, che non intendiamo perdere questi **fondi relativi al 2022**, pertanto se non vengono spesi si perdono- chiarisce infine la vicepresidente di Aisf – Per questi motivi oggi abbiamo bisogno di farci vedere e sensibilizzare, non possiamo attendere continuamente a causa di problemi burocratici. Chiediamo che siano risolte queste situazioni e che ci venga riconosciuto ciò che ci spetta. Anche se non tutti avremo l'esenzione, perché ci sono dei criteri di **severità** della malattia, l'inserimento nei Lea è **un importante punto di partenza** per il riconoscimento della patologia, al fine di essere tutelati in tutti gli aspetti, da quello lavorativo a quello medico-legale».



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA .it

Covid: Cislaghi, in due anni quasi 340mln giornate isolamento

13 Maggio 2022



Le giornate di isolamento, a domicilio o in ospedale, dal primo maggio 2020 al 30 aprile 2022 sono state 338.277.775 relative a 16.083.369 soggetti, quindi con una durata media del contagio di 21 giorni che però scende a 17,6 da ottobre 2021 ad aprile 2022. Mentre per le ospedalizzazioni, sempre nei due anni (1 maggio 2020-30 aprile 2022) le giornate di ricovero in area medica sono state 8.036.105 e quelle in terapia intensiva 866.527.

Questi i dati contenuti nell'analisi di **Cesare Cislaghi, già presidente della Società italiana di epidemiologia, e pubblicata sul blog 'Come sta la Sanità', della rivista Epidemiologia & Prevenzione (www.epiprev.it)**. Un quadro, spiega Cislaghi, con "costi sociali elevati a fronte dei quali il Covid-19 non può essere considerato solo un raffreddore".

L'esperto cerca di rispondere alla domanda di quale possa essere il costo sociale del solo isolamento, tra assenza dal lavoro o dalla scuola, necessità di assistenza, e tutte le altre normali attività della vita quotidiana e "a titolo anche solamente esemplificativo e nulla più" ipotizza così un costo di 50 euro per ogni giornata persa: nei 24 mesi il conto darebbe la



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

somma di circa 17 miliardi e al primo maggio 2022 di 61,5 milioni al giorno. Mentre per le giornate di ricovero "non ci allontaniamo di molto dal vero - dice Cislighi - se consideriamo 500 euro il costo di una giornata di ricovero in area medica e 1.500 euro in terapia intensiva. Il primo maggio scorso - spiega Cislighi - in area medica erano ricoverati 9.738 positivi e in terapia intensiva 366: facendo i conti risulta un costo giornaliero di poco meno di 5 milioni in area medica e poco più di mezzo milione di euro in terapia intensiva" e considerando nei due anni il totale delle giornate di ricovero in area medica (8.036.105) e quelle in terapia intensiva (866.527) la una stima dei costi arriva a poco più di 4 miliardi per i ricoveri in area medica e di 1 miliardo e 300 mila per le terapie intensive. Non sono cifre, precisa Cislighi "cui dare un vero valore economico, ma servono per aiutare a capire quali possono i costi associati alla pandemia". A questi, rileva, se ne aggiungono molti altri, da quelli della campagna vaccinale a quelli "più rilevanti inerenti le attività produttive interrotte o addirittura chiuse".

VACCINI EFFICACI SU LETALITA' , DA 40 PER MILLE A 2 PER MILLE - Situazione di "sostanziale stabilità con lenta diminuzione" dei casi Covid in Italia e con "anomalie di andamento" dovuto a un forte calo dei tamponi e "ai positivi con auto-test non notificati". E sui vaccini: "assoluta efficacia rispetto alla letalita' che in un anno si è ridotta di 20 volte passando dal 30-40 per mille dello scorso anno al 2 per mille attuale", come dato globale. Quindi spiega Cislighi "una diminuzione importante sui casi gravi ma non sui contagi. Oggi siamo ancora sui 40-45 mila al giorno, escluso il week end quando ne vengono notificati meno, dati che non si erano mai visti nel 2020 e nel 2021 quando però gli esiti erano più gravi". "Occorre quindi - conclude Cislighi - continuare ad avere molte precauzioni evitando inutili rischi pur aprendo alla normalita' ".

Virus

Covid, i virologi
e la maschera: "Ecco
quando la leveremo"

di **Elena Dusi**
alle pagine 20 e 21



LA LOTTA AL COVID

L'ultima mascherina I virologi svelano quando la toglieranno

di **Elena Dusi**

Gli obblighi hanno i giorni contati. Dal 16 maggio le mascherine potranno essere tolte sugli aerei in Europa. La Francia le ha rese facoltative sui mezzi pubblici sempre da lunedì. Anche in Italia le principali restrizioni nei luoghi chiusi cadranno il 15 giugno. E poi? Di certo il virus, con un milione di persone attualmente contagiate, non

scomparirà. Ciascuno di noi però sarà lasciato libero di scegliere come comportarsi, senza più leggi cui fare riferimento. Dieci esperti ci raccontano come personalmente si regoleranno, in base alle loro conoscenze del rischio. Da vaccinati, spiegano, incontrare il virus è meno pericoloso, può anzi rafforzare l'immunità. Ma contagiarsi ha come minimo l'effetto di rovinare le vacanze. Senza tener conto delle incognite del Long Covid. © RIPRODUZIONE RISERVATA

Matteo Bassetti

"Solo al lavoro, fuori adesso basta"



Infettivologo
San Martino
di Genova

«Sono un infettivologo, la mascherina è mia compagna di lavoro da 25 anni, ma al di fuori dell'ospedale e dove non è obbligatorio smetterò di usarla». Matteo Bassetti la vede così: «Sono un 50enne sano tre volte vaccinato. Posso stare anche senza. Se invece avessi una malattia importante la indosserei». Quando non la usa, «la ripongo in una busta pulita, con su scritta l'ora in cui l'ho aperta».

Carlo Signorelli

"In treno però tengo sempre la Ffp2"



Igienista,
San Raffaele
di Milano

Vada per le vacanze. «Quest'anno sembriamo messi meglio». Ma per Carlo Signorelli in valigia ci sarà anche un pacco di mascherine. «In treno uso la Ffp2 da sempre. In aereo sono più tranquillo per il maggior ricambio d'aria». In città «tengo la mascherina sempre nei luoghi chiusi, dall'ospedale a casa se entrano estranei. Continuerò a farlo, perché gli obblighi vanno e vengono, ma il virus è ancora qui».



Maria Chironna

“La indosso anche se non è d’obbligo”



Igienista all'Università di Bari

Maria Chironna ha affrontato l'argomento mascherina direttamente coi colleghi: «Ci siamo messi d'accordo, continueremo a usarla anche quando non sarà più obbligatoria. Se qualcuno vuole stare un po' senza, avverte gli altri e apre la finestra». Di incontrare il coronavirus lei non ha voglia: «So che il mio rischio di finire in ospedale è minimo, ma il long Covid colpisce anche chi ha un'infezione lieve».

Andrea Cossarizza

“All'aria aperta la metterò al polso”



Immunologo dell'Università di Modena

«Mi regolo con l'aria viziata. Se c'è lei, io la mascherina la metto» spiega Andrea Cossarizza: «In aereo, sull'autobus, al lavoro d'accordo coi colleghi, nei negozi e in generale negli ambienti chiusi: in questi luoghi continuerò a usarla anche senza obbligo, mentre la toglierò all'aria aperta». Dove mettere la mascherina quando non è indosso è un problema comune: «Io preferisco il polso, è più pulito della tasca».

Andrea Crisanti

“Fuori sono libero e la infilo in tasca”



Microbiologo Università di Padova

Non sarà l'ideale, ma Andrea Crisanti infila in tasca la mascherina, quando non la usa. «La tolgo quando sono all'aperto. So che non è il massimo, ma mettersela in tasca viene automatico. La indosso sempre nei luoghi chiusi o affollati, o se incontro persone che non conosco. Mi faccio trovare con la mascherina anche a casa, quando entrano estranei. Continuerò a farlo anche dopo la fine dell'obbligo».

Filippo Anelli

“Se a giugno il virus cala, via ovunque”



Presidente dell'Ordine dei medici

Filippo Anelli, presidente Fnomceo, si regola sul numero dei contagi: «Ora il virus circola molto. Indosso la mascherina sempre negli ambienti chiusi. Sui mezzi pubblici con la Ffp2 mi sento tranquillo anche quando sono affollati. A giugno però la situazione potrebbe migliorare. Se i casi dovessero scendere drasticamente, penso che la toglierò anche al chiuso e sui mezzi pubblici con pochi passeggeri».

Giovanni Maga

“Nelle strade affollate non la mollo”



Genetista del Cnr di Pavia

«Al bar, nei negozi, su treni e autobus, in laboratorio. Continuerò a portare la mascherina anche per strada, se c'è folla». Giovanni Maga non si fida delle nuove varianti di Omicron. «La 4 e la 5 possono arrivare anche da noi. Hanno maggiore contagiosità e capacità di reinfectare». La mascherina «limita pochissimo la libertà e protegge da un virus i cui effetti a lungo termine sono ancora da capire».

Stefania Salmasso

“In aereo non la leverò mai”



Studiosa di epidemie ed ex dell'Iss

«Sarò cauta ancora per un po'» dice Stefania Salmasso. «Continuerò a usare le mascherine al chiuso e a tenerne due in borsa, una pronta all'uso e una nuova di scorta, da tirare fuori nelle situazioni più a rischio. Su un aereo ad esempio non la toglierei mai. L'idea di trascorrere ore accanto a estranei, senza potermi spostare se tossiscono o starnutiscono, non mi farebbe stare tranquilla».

Mauro Pistello

“E io volerò negli Usa a viso libero”



Virologo, Università di Pisa

«È più importante il vaccino» dice convinto Mauro Pistello. «Sono protetto dalla malattia grave. Contagiarsi a quel punto non è un grande problema e contribuisce a rafforzare l'immunità. Per questo non metterò la mascherina nemmeno al chiuso, se non sarà obbligatorio». Il virologo ha in programma un viaggio negli Usa. «Anche se il volo durerà molte ore, toglierò la mascherina se le regole lo consentono».

Guido Rasi

“Mi dà fastidio, se esco la butto via”



Ex direttore dell'Eme e microbiologo

Non solo Covid. «Sono due primavere che con la mascherina sfuggo ai pollini» sorride Guido Rasi. «Ho un riflesso pavloviano, quando varco una porta devo indossarla, quando esco la tolgo perché mi dà fastidio». Anche Rasi finisce per metterla in tasca. «Mi ripropongo sempre di portare una bustina pulita, poi la dimentico. Però sono rigoroso nel cambiare la mascherina ogni 4 ore. Ne ho sempre due con me».

📍 A Milano
Due vigilesse in
Galleria Vittorio
Emanuele II il 2
maggio. Il primo
sono entrate in
vigore le nuove
misure per la
lotta al Covid



CRISTINA ADRIANI/ANSA



OBBLIGO & DIRITTI

DENUNCIA NESSUN RIENTRO PER MOLTI MEDICI E INSEGNANTI TRATTATI COME NO-VAX

Ancora sospesi i guariti senza dose

» **Natascia Ronchetti**

“**P**er uno che come me si è sacrificato in corsia, combattendo a mani nude contro la pandemia, essere sospeso con l’applicazione di regole che hanno ben poco di scientifico è decisamente sconcertante. E ancora più sconcertante è il fatto che la sospensione sia stata disposta dal mio Ordine professionale”. A parlare è un medico veneto. Ha completato il ciclo primario di vaccinazione poi avrebbe dovuto fare la terza dose ma ha contratto il virus. Solo che, essendo il booster obbligatorio per la sua categoria, è stato sospeso. Una storia come tante, secondo la Confederazione guariti Covid, circa 6 mila iscritti in tutta Italia. “Tutto a causa della caotica sovrapposizione e incongruenza della normativa, tra leggi e circolari ministeriali”, dice il vice presidente della confederazione Mattia Baglieri. Normativa che discende dalla legge 87 del 2021, che ha stabilito l’obbligo vaccinale per alcune categorie (non solo per il per-

sonale sanitario ma anche per quello della scuola, dell’esercito e delle forze dell’ordine) e alla quale si sovrappongono varie circolari, come quella del ministero della Salute, in base alla quale chi si ammala ha un anno di tempo per effettuare la dose, o quella del ministero dell’Istruzione: quest’ultima prevede che la vaccinazione debba avvenire entro 90 giorni dalla guarigione, che diventano 120 per chi ha completato il primo ciclo. “Un’estrema confusione nella quale prevale una applicazione burocratica delle norme”, aggiunge Baglieri.

Di burocrazia acritica parla anche l’insegnante emiliana (per due volte colpita dal Covid) che è stata sollevata dall’incarico e trasferita in biblioteca con un nuovo contratto e un diverso orario di lavoro. Un demansionamento, nonostante sia coperta dalla certificazione verde. “Ora - dice - alterno momenti di sconforto ad altri in cui sono tranquilla, perché non ho violato la legge. Ma dialogare con il dirigente scolastico è impossibile”. Vicende paradossali, eppure molto frequenti, dicono i vertici dell’associazione, a cui fanno riferimento ex malati Covid sia vaccinati sia non vaccinati. Molti si rivolgono ai

giudici. Lo ha fatto anche una maestra toscana e poco tempo fa la sezione Lavoro del Tribunale di Grosseto, il 3 maggio, le ha dato ragione. Anche lei era stata collocata in biblioteca. Il giudice ne ha disposto il reintegro immediato in classe, con i suoi alunni. Ha infatti ritenuto illegittima la circolare del ministero, considerata in contrasto con la legge. Un caso apripista che, secondo l’associazione potrebbe sbloccare centinaia di altre situazioni analoghe. Ma per ora secondo Luca Maini, altro vice presidente della confederazione dei guariti, si assiste a un accanimento di fronte al quale è necessaria una misura emergenziale, come una sanatoria. Resta il fatto che vogliamo dare il nostro contributo. Per questo abbiamo stipulato protocolli con vari atenei per condurre studi sul sistema immunitario delle persone che sono guarite”.



In corsia Obbligo di vaccino





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL DATO

Tumori, nei mesi di pandemia persi 2,8 milioni di screening

Uno «tsunami» per i malati di cancro e la rivelazione dei «deficit strutturali» e delle «contraddizioni» del Servizio sanitario nazionale. Sono gli effetti di due anni di Covid-19 secondo la Federazione associazioni volontariato in oncologia (Favo), che chiede un «Piano straordinario di recupero per l'oncologia post-pandemia» snocciolando cifre impressionanti. Circa 2,8 milioni di screening oncologici saltati nei primi 17 mesi di pandemia, diagnosi di tumore arrivate in ritardo, interventi slittati, attese per le terapie, maggior ricorso alla sanità privata: nella sostanza

«una crisi del sistema». Per il ministro della Salute Roberto Speranza «la lotta ai tumori è una priorità a cui stiamo dedicando energie e risorse, anche per recuperare il tempo perduto nelle fasi più dif-

ficili dell'emergenza Covid», ma le associazioni di pazienti – in vista della giornata del malato oncologico che si celebra domenica – chiedono di più.

Ogni anno in Italia sono diagnosticati circa 377mila nuovi casi di tumori e sono oltre 3 milioni 600mila le persone che vivono dopo una diagnosi. «Il Covid-19 ha dimostrato in modo ancora più evidente alcune criticità già presenti – ha detto Sandro Pignata, responsabile scientifico Rete oncologica campana alla presentazione del 14° Rapporto sulla condizione del malato oncologico –. In alcuni territori, soprattutto quelle più colpiti dalla pandemia, si sono create aree di sotto trattamento e sotto diagnosi. Numerose terapie e interventi sono stati sospesi e rimandati, così come gli screening e le attività di prevenzione». Mancanza di risorse e carente organizzazio-

ne «sono il problema critico che affligge da sempre gli screening organizzati, da quello per il tumore alla mammella a quello del col-

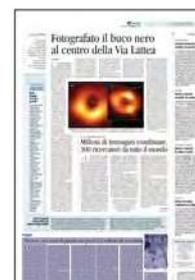
lon-retto. Questo è, forse, più evidente nelle Regioni del Sud», sottolinea Paola Mantellini, direttrice dell'Osservatorio nazionale screening. Su questa situazione il Covid ha aggiunto un carico pesante: «Nei primi 17 mesi di pandemia sono stati effettuati almeno 4 milioni 480mila inviti e 2 milioni 790mila test di screening in meno».

Il Piano straordinario di recupero, chiede Favo, deve partire da azioni concrete per migliorare i percorsi ospedale-territorio e ridurre le liste di attesa. «I ritardi di accesso alle prestazioni oncologiche dovuti alla pandemia – dichiara la senatrice Paola Binetti (Udc) – non sono ancora stati recuperati». Che chiede di approvare «il nuo-

vo Piano oncologico nazionale, di cui si parla da tempo». Un rinvio stigmatizzato da Francesco De Lorenzo, presidente Favo. «A causa del continuo aumento delle diagnosi, si stima che entro il 2035 il numero di vite perse per tumori aumenterà di oltre il 24%».

Ieri intanto i nuovi casi di Covid-19 sono stati 39.317 e 130 i decessi. In calo gli attualmente positivi (-22.513) che ora sono poco più di un milione, e i ricoverati, sia in terapia intensiva (-4), sia nei reparti di area medica (-254).

La Federazione delle associazioni di volontariato: serve un piano straordinario. Il bollettino Covid: 39.317 casi e 130 morti



L'ALLARME

L'Italia abbandona i malati di cancro

*Il ministero non ha mai presentato il piano oncologico
Con il Covid crollati screening e inviti alla prevenzione*

■ Crollati screening e test per il Covid, in aumento le vittime. La Favos - che riunisce le associazioni attive nel settore - lancia l'allarme: l'Italia ha bisogno di un piano oncologico per i 3,6 milioni di malati (di cui 377mila nuovi ogni anno) ma il Parlamento e il ministero non si sono mai attivati.

Sorbi a pagina 14

LA PROPOSTA DELLE ASSOCIAZIONI IN SENATO

Emergenza piano oncologico: «Troppi malati, Italia indietro»

*L'Ue chiede di aumentare del 30% le «guarigioni»
Le linee per potenziare screening, medici e assistenza*

Maria Sorbi

■ Nei primi 17 mesi della pandemia sono stati effettuati 4,5 milioni di inviti alla prevenzione oncologica e 2,8 milioni esami di screening in meno. Ed entro il 2035 si prevede che per cancro moriranno in Europa 3 milioni di persone in più rispetto ad oggi.

Un'emergenza silenziosa che il Covid non ha fatto che oscurare da un lato e amplificare dall'altro. Per questo l'Italia ha bisogno di un piano oncologico che aiuti a prevenire, curare e assistere i malati, al momento 3,6 milioni (di cui 377mila nuovi ogni anno). La pandemia «ha portato allo scoperto i deficit strutturali e le contraddizioni del Servizio sanita-

rio nazionale, che hanno causato una crisi del sistema - denuncia l'ex ministro alla Salute Francesco De Lorenzo, presidente Favos, la federazione che rappresenta le associazioni attive in oncologia - Gli anni del Covid hanno significato ritardi nella diagnosi, nell'inizio delle terapie, lo slittamento di interventi».

È lo stesso ministro alla Salute Roberto Speranza ad ammettere l'urgenza di «recuperare il tempo perduto. Il cancro non è più invincibile, ma dobbiamo continuare a investire in prevenzione, ricerca e nel rafforzamento dell'assistenza territoriale e domiciliare».

IL PIANO ONCOLOGICO

Il Parlamento a suo tempo aveva promesso l'apertura di un tavolo oncologico e la realizzazione di un piano che tuttavia non è mai arrivato. «E allora lo abbiamo fatto noi» specifica De Lorenzo. Il piano straordinario, presentato ieri in Senato, chiede di recuperare le cure non fatte nei mesi Covid, punta a migliorare i percorsi



il Giornale

ospedale - territorio, supportando le Regioni nell'attuazione delle reti oncologiche e riducendo le liste di attesa. Reputa inoltre necessario rendere più capillare lo screening e assumere medici e infermieri nei reparti.

I FONDI

Il piano potrà avvalersi dei fondi della Commissione europea per il Piano europeo di lotta contro il cancro (4 miliardi di euro), i fondi per il piano sanità del Mezzogiorno (625 milioni), i finanziamenti previsti dal Pnrr (15,63 miliardi di euro) e stanziamenti per il recupero delle liste di attesa causate dalla pandemia (quasi

1 miliardo di fondi). A chiedere di fermare l'emergenza tumori è anche l'Unione europea che, tra gli obiettivi da raggiungere entro il 2030, si è anche prefissata di aumentare il numero dei sopravvissuti al cancro dal 47 al 75%, concentrandosi su prevenzione, miglioramento dei trattamenti, assistenza e riabilitazione.

IL DIRITTO ALL'OBLIO

Dopo cinque anni dalla diagnosi, possono ritenersi guarite le persone a cui era stato diagnosticato un tumore del testicolo o della tiroide. Dopo meno di dieci anni, le persone con tumori dello stomaco, del colon-ret-

to, dell'endometrio e il melanoma. Le persone che possono già ritenersi guarite, per le quali il rischio che la malattia si ripresenti è diventato simile a quello di chi non si è ammalato, in Italia sono quasi un milione, il 27%. Per loro è sacrosanto il diritto all'oblio: cioè non essere considerati più malati e avere libero accesso, come tutti, ad assicurazioni o mutui. A chiederlo è un disegno di legge, presentato la scorsa settimana in Senato da Paola Boldrini e sostenuto dalla Rete oncologica pazienti Italia.

IL MINISTRO

Speranza: «Recuperare il tempo perso». Il ddl sul diritto all'oblio per l'accesso al credito



Il rapporto sull'assistenza ai malati di tumore Niente casa e niente cure: così trattano chi ha il cancro

Chi ha ricevuto terapie oncologiche, ed è guarito, non può accendere un mutuo
E il Covid ha frenato la prevenzione: in un anno mammografie ridotte di un milione

CLAUDIA OSMETTI

■ «La questione è stata fin troppo sottovalutata. I medici oncologici è da febbraio che lo dicono: non sono più in grado di far fronte all'epidemia di cancro che è diventata un vero e proprio tsunami». Francesco De Lorenzo, ex ministro della Sanità con Craxi e presidente della Favo (la Federazione italiana delle associazioni di volontariato in oncologia), è uno abituato a parlare pane al pane. Che poi, di fronte ai problemi pratici, è pure l'unico modo per risolverli. Altrimenti cambia niente. Signori, siamo onesti: da quando il Covid è arrivato a scombussolarci l'esistenza, ci siamo concentrati solo su di lui. Giustamente, per certi aspetti: perché la pandemia è una cosa seria. I contagi, le reinfezioni, le varianti. Tutto vero. Però in Italia ci sono circa 3,5 milioni di persone che stanno combattendo un tumore, anche loro dovrebbero essere una nostra priorità. Nel 2020 (quel maledetto 2020 del coronavirus), il 16% delle morti registrate nel nostro Paese aveva una diagnosi di cancro allegata alla propria cartella clinica. E adesso, a distanza di due anni, i pazienti oncologici vivono un doppio calvario. Perché uno, l'operazione, la chemio e quel che ne consegue mica è una passeggiata e

due, i tempi della diagnosi e dello screening si sono dilatati come le macchie d'olio nel piatto dell'insalata. Così non ne usciamo.

CONFRONTI

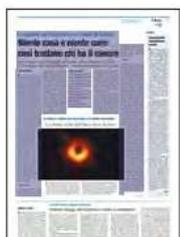
Confrontando i dati dei due anni di pandemia con quelli del 2019 viene fuori che sono state invitate a eseguire una mammografia (quell'esame preliminare che i dottori chiamano "screening") più di un milione di donne in meno rispetto al passato, nello specifico 1.093.354. Altre 816.966 non sono proprio passate per l'ospedale e i mesi di ritardo medio per poter essere visitate è di 4,8. Va peggio per chi deve controllare il colon-retto (2.175.318 gli utenti non richiamati, 1.195.987 gli appuntamenti sforbiciati e una lista d'attesa standard di 5,8 mesi). Sono i numeri della vergogna, di mezzo c'è la pelle della gente. «Aspettare sette o otto mesi», continua De Lorenzo, «può significare impedire di prendere la malattia in maniera adeguata. Mina, quindi, il diritto del malato a ricevere le cure migliori, che sono quelle tempestive». Ecco perché l'ex ministro non lesina a utilizzare l'espressione "epidemia di cancro": qui o facciamo qualcosa, e lo facciamo adesso, o rischiamo di andare gambe all'aria per la seconda volta in ventiquattro mesi.

C'è anche un altro aspetto,

di cui si discute poco, e che invece è centrale: ed è quello del diritto all'oblio dell'ex malato di cancro. Diciamo subito perché servono anche le buone notizie: da certi tumori si può guarire. Il 51% delle donne e il 39% degli uomini europei, a distanza di dieci anni dalla diagnosi, tornano ad avere un'aspettativa di vita simile a quella di chi non si è (fortunatamente) mai ammalato; 900mila italiani, dall'incubo, sono già usciti.

INCUBI

Epperò per loro, poi, è cominciata la grana burocratica: «Aprire una polizza o un mutuo è un problema perché viene richiesta l'anamnesi medica. Tutto questo penalizza specie chi il cancro l'ha avuto da giovane, magari l'ha vinto da anni, ma subisce discriminazioni anche per ottenere un prestito in banca». Per questo motivo la Favo ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare per redigere una proposta di legge per «non obbligare l'ex malato oncologico a



fornire informazioni sul suo pregresso stato di salute a istituti di credito e imprese assicuratrici», con lo scopo di tutelare «l'uguaglianza nelle condizioni di accesso» a questi servizi. Sarebbe puro buonsenso.

«Tuttavia il problema principale è che sono anni che non si sta facendo niente», continua l'ex ministro. Lo chiedono i malati, lo chiede l'Europa (il piano europeo di lotta contro il cancro vale qualcosa come quattro miliardi di euro), lo chiedono le associazioni, lo chiede addirittura la politica con in-

terpellanze e mozioni bipartisan. Zero. È come se non riuscissimo più a guardare oltre al naso del Covid. «Un anno fa il sottosegretario alla Salute Pierpaolo Sileri (M5S, ndr) ammise che il piano oncologico italiano è fermo al 2011 e che aggiornarlo doveva essere considerata una premura», chiosa De Lorenzo, «ma non ci si è mossi. Quel tavolo è ancora allo stesso punto. Allora la responsabilità è anche politi-

ca, mi viene da aggiungere. Basta pensare agli screening, ai ritardi che ci sono. Bisogna assumere con un provvedimento straordinario e bisogna farlo con urgenza. Ora, adesso. Non bastano le assicurazioni, servono i fatti. Serve più attenzione».

DE LORENZO

«I medici oncologici lo dicono da febbraio: non sono più in grado di far fronte all'epidemia di cancro che è diventata uno tsunami...

Aspettare sette o otto mesi può significare impedire di prendere la malattia in maniera adeguata»

Ex ministro della Sanità



IN ITALIA NE MANCANO 70 MILA ALL'APPELLO Gli infermieri meno pagati d'Europa

■ Sono 460mila gli infermieri in Italia, il 78% donne. Sono i meno pagati d'Europa (solo Grecia ed Estonia fanno peggio). Secondo la Bocconi, mancano 70mila infermieri per le strutture del Pnrr. Ma il Forum delle Società scientifiche avverte: «Ospedali di comunità concepiti in modo obsoleto». **POLLICE A PAGINA 5**

LA CRITICA DEL FORUM DELLE SOCIETÀ SCIENTIFICHE: «OSPEDALI DI COMUNITÀ CONCEPITI IN MODO OBSOLETO E INADEGUATO» Infermieri: tra i meno pagati d'Europa, ne servono 70mila per le strutture del Pnrr

ADRIANA POLLICE

■ Sono quasi 460mila gli infermieri in Italia ma solo 395mila sono attivi, il 78% donne. Sono i meno pagati d'Europa (solo Grecia ed Estonia fanno peggio): i 27.382 euro annui di media sono lontani dai 32.092 della Francia, i 34.212 della Spagna e i 45mila della Germania. Secondo il centro di ricerche Cergas della Bocconi, mancano all'appello 70mila infermieri per coprire il fabbisogno una volta messo a regime l'investimento del Pnrr sulla sanità territoriale (il cosiddetto dm 71). Sono ancora studi internazionali a ipotizzare che con un rapporto di un infermiere ogni sei pazienti potrebbero essere evitate 3.500 morti l'anno. La media italiana è di 1 a 11.

In occasione, ieri, della giornata internazionale dedicata alla professione, la presidente della Federazione nazionale degli Ordini delle professioni infermieristiche, Barbara Mangiacavalli, ha spiegato: «Abbiamo avvisato che stavamo formando pochi infermieri ma la situazione era 'drogata' dalle regole di sistema pre pandemia: il blocco del turnover, i vincoli al tetto della spesa per il personale, molte re-

gioni in piano di rientro. Con il Covid il Servizio sanitario nazionale ha assunto circa 30mila infermieri ma sono arrivati dal settore socio-assistenziale. Il governo intervenga sui numeri, sulla formazione e sul riconoscimento professionale».

La Sanità soffre per la carenza di personale. La Federazione Cimo-Fesmed sottolinea un dato: «Non è vero che i Pronto soccorso sono presi d'assalto. O, almeno, non più del solito». In base ai dati Agenas, solo in Friuli Venezia Giulia, Lombardia, Trentino Alto Adige e Toscana ci sono stati più accessi rispetto al pre Covid: «Nelle regioni al centro delle cronache la differenza di ingressi in Ps tra 2022, 2018 e 2019 è negativa: in Campania il 9 maggio 2022 ci sono stati 1.677 accessi in meno rispetto al 2019 e

1.780 in meno rispetto al 2018; in Piemonte il 10 aprile ci sono stati 4.424 accessi in meno rispetto al 2019 e 4.779 rispetto al 2018; il 9 maggio il Lazio ha registrato 610 accessi in meno rispetto al 2019 e 776 in meno rispetto al 2018. Quelle denunciate negli ultimi giorni sono situazioni intollerabili ma all'ordine del giorno in tutta Italia da anni, frutto di tagli irrazionali a posti letto,

strutture e professionisti».

A bloccare i ricoveri nei Ps è anche il ritardo con cui i reparti Covid vengono riportati alle funzioni ordinarie ma la coperta resta comunque corta perché i nosocomi sono stati svuotati per almeno due decenni. «Il Pronto soccorso sono la cartina di tornasole della crisi degli ospedali. I posti di degenza ordinaria e di terapia intensiva sono insufficienti, non raggiungono livelli accettabili nemmeno il personale specialistico, soprattutto in aree come la medicina d'urgenza, la terapia intensiva, l'anestesia e rianimazione». La denuncia è del Forum delle società scientifiche dei clinici ospedalieri e universitari. In 20 anni sono stati chiusi 300 ospedali con 80mila posti letto in meno e, dal 2007 ad oggi, perse 50mila unità di personale. Forti dubbi anche sugli ospedali di comunità previsti dal Pnrr: «Per come sono stati concepiti rientrano in una concezione obsoleta, inadeguata a far fronte alle domande di Salute». Al ministero hanno già presentato proposte per modificare il dm 71 e anche il dm 70 (la riforma ospedaliera del 2015).

«Va ripensato il ruolo degli ospedali - sottolineano le società

scientifiche - all'interno di un nuovo modello di cura più utile al cittadino». Gli specialisti ospedalieri sono circa 130mila, 60mila in meno della Germania, 43mila in meno della Francia. Il numero di posti letto ordinari è molto più basso rispetto alla media europea (314 rispetto a 500 per 100mila abitanti) e colloca l'Italia al 22esimo posto in Ue. Terapia intensiva: pre Covid si contavano 8,6 posti ogni 100mila abitanti, con l'emergenza sono saliti a 14 ma solo una parte è utilizzabile (manca il personale); in Germania la media è di 33. «Questi dati - concludono - sono la dimostrazione che il dm 70 è sbagliato, sbagliata la contrapposizione ospedale territorio».

In venti anni sono stati chiusi 300 nosocomi con 80mila posti letto in meno



Fecondazione assistita, libertà di accesso e tempi più rapidi

Le nuove norme

Tra 90 giorni il decreto del ministero: le regioni dovranno adeguarsi

Francesca Cerati

È vero che la denatalità è stata accentuata dall'emergenza Covid - che ha ridotto ulteriormente le nascite già a livelli minimi da decenni di un ulteriore 5 mila bambini l'anno - per i ritardi o il mancato ricorso delle coppie ai percorsi di riproduzione medicalmente assistita (Pma). Ma le difficoltà di accesso ai centri di Pma in Italia esistevano anche prima della comparsa del virus. «I criteri per le prestazioni risalgono al 2017 - precisa l'avvocato Maria Paola Costantini, che ha seguito la vicenda della Legge 40/2004 in materia di procreazione medicalmente assistita - ma mancando il "decreto tariffe" è stata applicata a macchia di leopardo. Ora con il decreto attuativo del Ministero che arriverà tra 90 giorni anche la Pma diventa una prestazione a tutti gli effetti e l'offerta pubblica sarà vera ed effettiva. Come per le altre prestazioni, ci sarà il monitoraggio dei Lea e le regioni inadempienti dovranno adeguarsi». In più con la riforma della sanità territoriale (DM 71), la Pma diventa assistenza ambulatoriale «per cui è necessario

costruire delle reti per collegare i vari servizi che già esistono: consultori, servizi di andrologia ed endocrinologia, i centri di Pma e i medici di base - continua Costantini - perché la medicina della riproduzione è anche ricercare la causa dell'infertilità». A giocare un ruolo negativo e devastante sulla fertilità e la capacità riproduttiva, soprattutto dei maschi, ci sono gli inquinanti ambientali insieme a cattivi stili di vita, come riportano ricerche internazionali, che definiscono il fenomeno "il declino del maschio".

«In un Paese nel quale 1 persona su 6 ha problemi ad avere figli, cioè circa il 15% delle coppie infertili, con dati in costante aumento, la Pma garantisce oltre il 3% di nascite ogni anno ponendosi come un vero e proprio "booster" per facilitare le nascite - sottolinea Antonino Guglielmino, ginecologo e presidente della Siru (Società italiana della riproduzione umana) - Il dato però è molto diverso da regione a regione. Ma con la legittimazione di questi percorsi all'interno del Ssn le percentuali di nascite potrebbero raddoppiare se non triplicare».

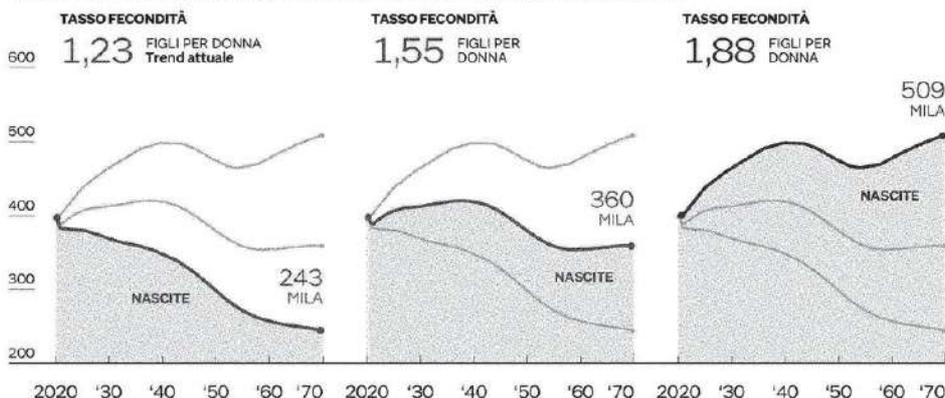
Accanto alla libertà di accesso, ci

sarà anche una riduzione dei tempi. «In questo momento il tempo medio che una coppia impiega prima di arrivare a una diagnosi e a una terapia è di circa 4 anni - precisa Guglielmino - incompatibili con quella che è l'età media delle donne che accedono ai centri di Pma, che è di 36,7 anni, età in cui la capacità di riproduzione diminuisce in maniera significativa». A questo proposito la Siru, in collaborazione con la Fondazione Gimbe, ha presentato a luglio delle linee guida, adattando le Nice inglesi alla realtà italiana, per delineare percorsi diagnostici terapeutici omogenei per ridurre i tempi di diagnosi e di cura dell'infertilità. Si attende ora la valutazione dal ministero della Salute.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La stima dell'andamento delle nascite

Numero di nascite annue in base a possibile tasso di fecondità. Valori in migliaia



Fonte: Istat



DOSI: 31 MLN A PAESI POVERI

Il governo regala i vaccini "inutili"

► VERGINE A PAG. 14



COVID-19

Nel mondo vaccinato 1 su 2 L'Italia dona 31 mln di sieri

» **Stefano Vergine**

“Siamo ancora indietro rispetto al nostro obiettivo comune di vaccinare il 70% della popolazione in ogni Paese entro la metà del 2022. Si sta riducendo il divario nelle vaccinazioni, ma il tasso di copertura in alcuni Paesi rimane al di sotto del 10%”. Mario Draghi è intervenuto così, ieri, al *Global Covid-19 Summit*, organizzato da Stati Uniti, Belize, Germania, Indonesia e Senegal con l'obiettivo di convincere i governi di tutto il mondo a dedicare più attenzione al contenimento del virus.

IL SUMMIT si è concluso con una lunga lista di promesse. Impegni ad aumentare le risorse finanziarie per vaccinare più persone possibili, ma anche per rafforzare i sistemi sanitari dei vari Paesi in vista di “future pandemie e altre crisi sanitarie”, si legge sul sito della Casa Bianca. Nel suo videomessaggio, Draghi ha detto che “l'Italia

ha già contribuito alla risposta multilaterale alla pandemia con 445 milioni di euro e si è già impegnata a donare 69,7 milioni di dosi tramite Covax. Oggi - ha aggiunto il premier - posso annunciare che l'Italia donerà ulteriori 31 milioni di dosi attraverso Covax e ci impegniamo inoltre a donare 200 milioni di euro tramite l'ACT-Accelerator”. Gli ha fatto eco la presidente della Commissione europea, Ursula von der Leyen, che ha promesso altri 827 milioni di euro: 427 da destinare al *Global Pandemic Preparedness Fund* (fondo, che deve essere ancora creato, per prepararsi a possibili future pandemie); altri 400 da utilizzare subito per la lotta contro il Covid, di cui 300 milioni a Covax.

Nato sotto la spinta dell'Organizzazione mondiale della sanità, Covax ha lo scopo di garantire equo accesso ai vaccini contro il Covid nelle aree del mondo a basso e medio

reddito. L'obiettivo è quello di vaccinare il 70% della popolazione globale entro giugno di quest'anno, ma è difficile che venga raggiunto. Secondo le statistiche di *Our World in Data*, aggiornate al 26 aprile, solo il 59% della popolazione mondiale è stata pienamente vaccinata. Mentre ci sono Paesi come l'Italia, dove oltre l'80% della popolazione ha ricevuto la doppia dose, esistono ancora moltissime nazioni, quasi tutte a basso reddito, dove la copertura è largamente al di sotto del 10%. Covax dovrebbe servire



proprio a ridurre gli squilibri. Il punto però è anche un altro. A

causa delle varianti, gli attuali vaccini in regalo stanno invecchiando. Non a caso, infatti, l'Ue ha annunciato ieri un'intesa con le aziende produttrici per consegne in ottobre di dosi adattate alle nuove varianti.

Il sistema adottato per gestire la pandemia è infatti stato quello del libero mercato. La produzione dei vaccini è rimasta sostanzialmente in mano

alle aziende farmaceutiche che li hanno inventati e brevettati, e questi li hanno venduti in larga parte ai migliori offerenti, vale a dire ai Paesi più ricchi. La distribuzione nelle nazioni più povere dipende dunque in larga parte dalla beneficenza, quella fatta attraverso Covax e, in misura minore, da altri strumenti simili. Ma ancora oggi tra dosi promesse e quelle effettivamente donate c'è una grossa differenza. Il database di *Our World in Data* indica ad esempio che l'Ue ne deve ancora consegnare 131 milioni già annunciati. In questa speciale

classifica l'Italia è uno dei Paesi più virtuosi. Sono 8,9 milioni le dosi non ancora consegnate dal nostro governo. Molte meno rispetto ad esempio alla Germania (49,5 milioni) o alla Francia (42,5 milioni).

SECONDO i comunicati stampa della Farnesina, le ultime dosi consegnate dall'Italia attraverso il programma Covax sono andate a Palestina, Angola, Indonesia e Iran. I vaccini che abbiamo donato sono in larga parte quelli prodotti da AstraZeneca e Johnson & Johnson. I meno utilizzati in Italia.

INUTILIZZATI ANNUNCIATI ORA NUOVA TRANCHE PER I PAESI POVERI

EPATITI SOSPETTE E COVID: INDAGA ANCHE L'OMS

ALL'INCONTRO dei ministri della Sanità organizzato dall'Oms a Ginevra sono stati presentati studi che ipotizzano un legame tra l'infezione da Covid-19 e le epatiti pediatriche di origini sconosciute segnalate in vari Paesi. Alcune hanno richiesto trapianti di fegato in bambini anche molto piccoli. In Italia ci sono 35 casi sospetti, siamo il Paese che ne ha di più nell'Ue dove sono 106, mentre il Regno Unito che le ha segnalate per primo ne ha oltre 100. Secondo la Società italiana di pediatria non c'è allarme perché 35 sono i casi ricostruiti da ottobre, prima delle segnalazioni britanniche, quindi non sono così tanti



Draghi: «Ma la pandemia non è finita»

Covid, accordo Ue per i vaccini adattati

La Commissione europea ha raggiunto un accordo con Pfizer BioNTech e Moderna per la distribuzione di vaccini adattati alle nuove varianti. Secondo l'intesa, le nuove dosi saranno distribuite a ottobre, contro una eventuale nuova ondata. «Lo sviluppo di vaccini efficaci ha segnato una svolta nella lotta contro la pandemia. Ma come ben sappiamo non è finita», ha sottolineato il premier Mario Draghi in occasione del Global Covid Summit alla Casa Bianca. Il tema dei vaccini è cruciale nell'ipotesi di una nuova ondata di Covid in autunno. Da qui l'accordo con le due aziende che producono il siero a mRNA, per «ricalendarizzare le consegne nel secondo semestre dell'anno, quando è probabile ne avremo più bisogno, e che le consegne siano di vaccini adattati alle varianti», ha spiegato la Commissaria europea alla salute Stella Kyriakides. Bruxelles ha invece deciso che terminerà il 30

giugno la possibilità per i Paesi membri di concedere aiuti di Stato straordinari per fare fronte all'emergenza, misura adottata a marzo 2020 che ha consentito ai governi di ottenere complessivi 3.000 miliardi, di cui solo 730 effettivamente spesi fino ad oggi. In Italia, intanto, scendono i nuovi contagi da Covid. Il bollettino del ministero della Salute di ieri dava conto di 39.317 nuovi casi, con 130 decessi, lievemente in aumento rispetto al giorno prima.



Stanzione (Pfizer), 'orgogliosi di nuova terapia per cancro vescica'

“Siamo veramente orgogliosi di aver portato un farmaco realmente innovativo e che già si propone come nuovo standard di terapia per i pazienti con carcinoma uroteliale. Si tratta di una terapia di mantenimento che, per la prima volta, è stata proposta per questa patologia oncologica con dei risultati senza precedenti”. Così all’Adnkronos Salute Alberto Stanzione, direttore Oncologia di Pfizer Italia, nel giorno del lancio del farmaco avelumab, frutto dell’alliance Merck-Pfizer. La presentazione della terapia, già disponibile in Italia dopo l’ok di Aifa alla rimborsabilità del farmaco, si è tenuta ieri in occasione della conferenza stampa “Diamo il tempo al presente”, evento promosso da Merck e Pfizer.

“L’alleanza tra Merck e Pfizer - ha ricordato Stanzione - è stata raggiunta nel 2014 con l’obiettivo di sviluppare soluzioni terapeutiche che potessero essere realmente innovative e cambiare in maniera significativa il percorso di cura di pazienti con malattie con elevato bisogno medico insoddisfatto. Quella delle alleanze è una strategia che fa parte del modo di essere di Pfizer in oncologia, che lavora sulla propria ricerca ma, allo stesso tempo, collabora con istituzioni, università, centri di ricerca indipendenti e con altre aziende che possano condividere lo stesso obiettivo, ovvero dare al paziente sempre più soluzioni realmente alternative”.

“In questo caso - spiega ancora Stanzione - l’alleanza con Merck ha funzionato molto bene, anche perché le due aziende, come sempre dovrebbe succedere in un’alleanza di successo, hanno messo sul campo le proprie caratteristiche ed esperienze. Nel caso specifico, Pfizer è un’azienda

impegnata ormai da molti anni ad ampio raggio nello sviluppo e nella ricerca di farmaci oncologici, da 15 anni anche nell'area urogenitale. E questi 15 anni di impegno ci hanno portato a sviluppare farmaci che hanno anche cambiato la storia naturale di alcune patologie, come il tumore del rene". Adesso con questa alleanza "abbiamo la possibilità di estendere il nostro impegno e portare la nostra esperienza anche a una patologia diversa, il carcinoma uroteliale, patologia ad elevato bisogno medico insoddisfatto perché caratterizzata da un alto tasso di recidive, di progressione e anche di mortalità". conclude.

Malattie rare, Charcot-Marie-Tooth: italiani scoprono nuova mutazione genetica

Identificata da scienziati italiani una nuova mutazione genetica per la malattia di Charcot-Marie-Tooth tipo 2A (Cmt2A), patologia rara neuromuscolare che provoca una neuropatia di tipo sensitivo-motorio di gravità variabile, anche se può associarsi a un ampio spettro di manifestazioni. La scoperta, pubblicata su 'Scientific Reports' (rivista del gruppo Nature), porta la firma di due giovani ricercatrici del Centro Dino Ferrari dell'università Statale di Milano, Fondazione Irccs Policlinico, che hanno condotto lo studio in collaborazione con l'università di Genova e l'Irccs Eugenio Medea di Bosisio Parini (Lecco). La speranza degli autori è che i nuovi risultati favoriscano la diagnosi precoce della malattia.

La Cmt2A - spiegano dall'ateneo meneghino - è causata da mutazioni di tipo autosomico dominante all'interno della sequenza del gene Mitofusina 2 (Mfn2). Elena Abati e Arianna Manini, del gruppo dei professori Nereo Bresolin, Giacomo Comi e Stefania Corti del Centro Dino Ferrari, hanno caratterizzato a livello clinico e genetico una coorte di 13 pazienti. Hanno osservato che presentano un'età d'esordio e un fenotipo variabili, con una prevalenza di forme gravi, e che molti manifestano sintomi aggiuntivi oltre alla neuropatia, come neurite ottica e ridotta acuità visiva, ipoacusia neurosensoriale, disfagia e/o disartria, e anomalie neurocognitive. In alcuni, elemento descritto come "molto importante", sono stati riscontrati fenomeni di tipo epilettico; questi sintomi sono stati descritti solo una volta nella letteratura scientifica prima della pubblicazione di questo lavoro. Infine, è ritenuta "di rilievo" l'identificazione in una paziente di una nuova mutazione patogenetica nella sequenza del gene Mfn2, la variante p.K357E. La portatrice presenta un fenotipo severo, con grave interessamento della muscolatura degli arti e della muscolatura respiratoria.

Lo studio è sostenuto dall'Associazione Amici del Centro Dino Ferrari e da Progetto Mitofusina 2 Onlus.



PHARMAMARKET

Carcinoma uroteliale, disponibile in Italia terapia mantenimento

Merck e Pfizer annunciano che l’Agenzia italiana del farmaco ha ammesso alla rimborsabilità avelumab (nome commerciale: Bavencio*), per il trattamento di mantenimento in prima linea di pazienti adulti affetti da carcinoma uroteliale

localmente avanzato o metastatico senza progressione dopo una chemioterapia a base di platino. Il farmaco aveva ricevuto l’approvazione per questa indicazione dalla Fda nel luglio 2020 e dall’Ema nel gennaio 2021.

Avelumab è la prima e unica immunoterapia - riferiscono le aziende - ad avere dimostrato un beneficio significativo sulla sopravvivenza globale nel setting di prima linea, come dimostrato dallo studio clinico di Fase III Javelin Bladder 100, dal quale emerge che la terapia con avelumab al termine della prima linea, rispetto alla sola “osservazione” del paziente ha aumentato la sopravvivenza globale di 8,8 mesi (aggiornamento Asco Gu 2022), con una condizione del paziente mantenuta o migliorata, grazie alla limitata tossicità del farmaco.

“Il tumore della vescica è una malattia che interessa 313.600 soggetti in Italia (di cui l’80% uomini). In oltre il 90% dei casi il tumore origina dall’urotelio, ossia l’epitelio che riveste la vescica, ma anche altri organi dell’apparato urinario come la pelvi renale, l’uretere e l’uretra, e viene quindi definito, più genericamente, carcinoma uroteliale – dichiara Roberto Iacovelli, dirigente medico presso l’Uoc Oncologia medica della Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs - Nel 2021 questa neoplasia è stata diagnosticata in 25.500 persone e ha causato oltre 6.000 decessi. Questo tumore si sviluppa inizialmente nel rivestimento interno della vescica (urotelio), e può successivamente diffondersi alla parete muscolare che la circonda e



raggiungere i linfonodi, o altri organi come polmoni, fegato, ossa. Per questo motivo, la diagnosi tempestiva è fondamentale, perché influenza la sopravvivenza futura, così come l'approccio terapeutico che, a seconda dello stadio del tumore, prevede interventi combinati tra chirurgia, chemioterapia, radioterapia e immunoterapia".

"Fino ad ora, il trattamento standard di prima linea del carcinoma uroteliale in stadio avanzato era caratterizzato dalla sola chemioterapia a base di derivati del platino, generalmente per un massimo di 6 cicli. Nei pazienti in cui si osservava almeno una stabilità della malattia al termine della chemioterapia, seguiva poi un periodo di osservazione clinica e strumentale per individuare precocemente la nuova progressione di malattia cui far seguire un nuovo trattamento, questa volta di seconda linea. Fino ad oggi – aggiunge Iacovelli – non vi erano evidenze scientifiche sufficienti per proporre una terapia farmacologica di mantenimento con l'intento di mantenere il risultato raggiunto dalla prima linea di chemioterapia, ritardare la progressione, ed infine l'evoluzione della malattia".

Avelumab è, quindi, la risposta a un'esigenza terapeutica, quella del mantenimento, per la quale fino ad ora non esistevano soluzioni.

L'immunoterapia rappresenta un approccio terapeutico relativamente nuovo in oncologia, ed è considerata la "nuova arma" per la cura del cancro dopo chirurgia, chemioterapia e radioterapia. Riattiva e rinforza il sistema immunitario del paziente, spingendolo ad attaccare le cellule malate.

"Avelumab è un anticorpo monoclonale che si lega alla cosiddetta proteina checkpoint PD-L1, un target specifico che permette ad alcune cellule tumorali di eludere l'attività del sistema immunitario – afferma Sergio Bracarda, direttore del Dipartimento di oncologia e della S.C. di Oncologia medica e traslazionale dell'Azienda ospedaliera Santa Maria di Terni e Presidente incoming della Siuro (Società italiana di uro-oncologia) - Il farmaco inattiva il Pd-L1, presente sulla



superficie delle cellule tumorali, bloccando questo effetto protettivo e consentendo al nostro Sistema Immunitario di combattere il tumore”.

"Per i tumori uroteliali, dopo quasi tre decenni senza sostanziali 'novità', avelumab rappresenta realmente un punto di svolta nella pratica clinica – sottolinea Bracarda -. Il farmaco, non solo si è rivelato efficace nel controllo della malattia, e con risultati in sopravvivenza aumentati rispetto a quelli comunicati in precedenza, ma è anche ben tollerato. Elemento, quest'ultimo, di estrema importanza, alla luce della tipologia dei pazienti trattati, spesso anziani e affetti da molte altre patologie".

Il più recente aggiornamento dei risultati dello studio Javelin Bladder 100, presentati all'Asco-Gu 2022, relativi a un follow-up mediano di 38 mesi (cut off dei dati: 4 giugno 2021, 19 mesi in più rispetto all'analisi primaria iniziale) hanno dimostrato un ulteriore incremento della sopravvivenza mediana globale (Os, Overall Survival) a 23,8 mesi (95% Ci, da 19,9 a 28,8) nei pazienti trattati con avelumab più la migliore terapia di supporto (Bsc - Best Supportive Care) nel setting di mantenimento di prima linea, rispetto ad una Os mediana di 15,0 mesi (95% CI, da 13,5 a 18,2) nei casi trattati con la sola Bsc (HR 0,76; 95% CI, da 0,631 a 0,915), con incremento ulteriore, quindi, della mediana di Os dai circa 7 mesi iniziali agli 8.8 mesi attuali nei casi trattati con avelumab.

Sulla base di questi risultati, il regime di mantenimento in prima linea con

avelumab è stato fortemente raccomandato nelle linee guida Nccn- National Comprehensive Cancer Network, Esmo - European Society for Medical Oncology, Eau - European Association of Urology e Aiom – Associazione italiana oncologia medica.

"L'introduzione in Italia di avelumab nella pratica clinica per le persone affette da tumore uroteliale localmente avanzato o metastatico consente di rispondere ad un urgente bisogno terapeutico insoddisfatto – ha dichiarato Jan Kirsten, presidente e amministratore delegato, Healthcare, Merck Italia - Nell'ambito



dell'alleanza con Pfizer, siamo davvero lieti di poter mettere a disposizione dei professionisti della salute e dei loro pazienti una soluzione terapeutica in grado di apportare un importante cambiamento nella storia naturale di una patologia così severa. Questo è sicuramente un ulteriore impulso a proseguire con passione l'impegno di Merck nella ricerca oncologica, per poter offrire sempre più soluzioni all'avanguardia in grado di migliorare e prolungare significativamente la vita delle persone”.

“Nell'ambito del nostro più ampio programma di ricerca e sviluppo in oncologia, in Pfizer siamo impegnati da più di quindici anni nel campo dei tumori urogenitali, con un focus sul tumore renale che ha portato allo sviluppo di farmaci che hanno contribuito a cambiare la storia naturale di questa patologia – ha dichiarato Alberto Stanzione, direttore Oncologia di Pfizer Italia - Con avelumab estendiamo il nostro impegno al carcinoma uroteliale avanzato, una forma tumorale che si caratterizza per gli elevati tassi di recidiva e di progressione, proponendo in alleanza con Merck un farmaco innovativo in grado di cambiare il paradigma di trattamento e stabilire, per la prima volta in questo tumore, la terapia di mantenimento come nuovo standard di cura, con risultati di efficacia senza precedenti. L'alleanza su questo farmaco è quindi pienamente in linea con la missione di Pfizer di proporre innovazioni che cambiano la vita dei pazienti, e siamo orgogliosi di poter mettere a disposizione delle persone affette da carcinoma uroteliale e dei loro medici una nuova opzione terapeutica



BIOLOGIA

Il piacere di una carezza

Alexandru Micu, Zme Science, Romania

Alcuni ricercatori hanno scoperto come si trasmette al cervello la sensazione di piacere legata al tatto. Forse servirà a curare i disturbi che comportano il rifiuto del contatto fisico

Iricercatori della Washington university school of medicine di St. Louis, negli Stati Uniti, hanno analizzato il modo in cui il corpo, o almeno quello dei topi, trasmette la sensazione del piacere dalla pelle al cervello.

A chi non piace ricevere una carezza? Questo stimolo fisico migliora lo stato emotivo, protegge la salute mentale e favorisce uno sviluppo equilibrato. Eppure finora non si sapeva come avveniva la trasmissione. Conoscere meglio i circuiti nervosi e i neuropeptidi (i messaggeri chimici che mediano i segnali tra le cellule nervose) che permettono alle carezze di arrivare al cervello contribuirà a capire meglio e curare i disturbi che comportano il rifiuto del contatto fisico.

“La sensazione di piacere legata al tatto è importante per tutti i mammiferi”, spiega Zhou-Feng Chen, il coordinatore della ricerca. “Il tatto è uno dei principali strumenti per accudire i neonati. Stringere la mano a un moribondo trasmette un forte senso di conforto. Gli animali si puliscono a vicenda. Le persone si abbracciano e si danno la mano. La massoterapia riduce il dolore e lo stress, e può aiutare i pazienti con disturbi psichiatrici”.

“Negli esperimenti condotti sui topi”, prosegue Chen, “abbiamo individuato un neuropeptide chiave e una via neurale legata alla sensazione del tatto”.

Forte significato emotivo

Gli studiosi dividono il senso del tatto in discriminativo e affettivo. Il primo ci permette di stabilire che qualcosa è entrato in

contatto con il nostro corpo, la forza con cui l'ha fatto e la posizione in cui è avvenuto. Il secondo, che può essere “piacevole” o “spiacevole”, ha un forte significato emotivo. Studiare il tatto affettivo negli esseri umani è facile, perché i volontari possono descrivere la sensazione, ma è un bel problema con gli animali in laboratorio. I ricercatori devono dedurre la reazione emotiva di un animale a un particolare tocco osservandone il comportamento.

Il team di Chen ha sistemato i topi, che sono animali sociali, in gabbie singole. La mancanza d'interazione fisica li ha resi più disposti a farsi toccare dai ricercatori con una spazzola morbida, che produceva una sensazione simile a quella delle carezze o delle pulizie reciproche (*grooming*). Alcuni giorni dopo i topi sono stati spostati in uno spazio da cui potevano accedere a due ambienti: in uno erano spazzolati, mentre nell'altro non ricevevano stimoli. Quasi sempre hanno scelto il primo, dimostrando che gradivano la sensazione.

A quel punto il team ha cercato d'individuare i neuropeptidi coinvolti nella mediazione della sensazione piacevole prodotta dalla spazzola. La ricerca li ha condotti alla prokineticina-2 (Prok2), presente nei neuroni sensoriali, e al recettore della prokineticina-2 (Prokr2), presente nel midollo spinale, che trasmettono la sensazione al cervello. Allevando animali privi di Prok2 il team ha scoperto che non percepivano il tocco piacevole, ma reagivano normalmente ad altri stimoli come il prurito. I topi privi di Prokr2 evitavano attività come le pulizie e mostravano segni di stress assenti nei topi del gruppo di controllo. Ulteriori esperimenti hanno confermato che la Prok2 è una via di segnala-

zione dedicata al tocco piacevole e non trasmette altri tipi di stimoli fisici.

“Ora che sappiamo quale neuropeptide e quale recettore trasmettono il piacere, potremo migliorare questi segnali senza interferire con altri circuiti”, spiega Chen. “È un passo avanti importante perché il tocco piacevole alimenta vari ormoni cerebrali che hanno un ruolo nelle interazioni sociali e nella salute mentale”. I topi geneticamente modificati, nati senza la capacità di percepire il tocco piacevole, tendevano a essere più stressati e isolati di quelli a cui la sensazione è stata bloccata da adulti. Secondo Chen, questo dimostra l'importanza del tocco materno per un sano sviluppo dei piccoli: “Le femmine amano leccare i cuccioli e gli adulti si puliscono spesso a vicenda per consolidare un legame affettivo e alleviare lo stress”.

Lo studio di Chen e colleghi, intitolato “Molecular and neural basis of pleasant touch sensation” (Fondamenti molecolari e neurali della sensazione del tocco piacevole) è stato pubblicato sulla rivista statunitense Science. ◆ *sdf*



Salute

«Lo sport è prevenzione Vorrei che in questa corsa la maglia rosa andasse a chi lotta contro i tumori»

Schittulli (Lilt): sana alimentazione e movimento

di **Lorenza Cerbini**

«**O**gni giorno in Italia muoiono di cancro 500 persone». L'amara constatazione è di Francesco Schittulli, senologo — chirurgo oncologo e da oltre un ventennio presidente della Lilt (Lega italiana per la lotta contro i tumori) presente al Giro d'Italia con un proprio stand dove si distribuiscono (gratis) bottiglie di olio extra vergine di oliva. «È il nostro biglietto da visita — dice Schittulli —. Un prodotto amico della salute. Con le sue caratteristiche nutrizionali e organolettiche è in grado di proteggere da alcuni tipi di tumore».

«Prevenire è vivere», questo il messaggio della Lilt che celebra al Giro i suoi cento anni di attività donando materiale informativo per non abbassare la guardia di fronte al cancro. «La pandemia ha catalizzato le attenzioni mettendo in un angolo le altre malattie — dice Schittulli —. Nel 2021, in Italia sono decedute per cancro 183.200 persone. I nuovi casi sono 380 mila. Si stimano in oltre 60mila i nuovi casi di tumore al seno per il 2022. Proprio le donne stanno pagando un prezzo altissimo, si sono trascurate per dedicarsi ai figli costretti a studiare in Dad. Oggi, effettuiamo più mastectomie radicali rispetto a tre anni fa. Incidono sulla qualità e quantità di vita, spesso compromessa».

Tra le battaglie condotte dalla Lilt quella contro il fu-

mo. Dal 1988, l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) dedica alla lotta al tabagismo una giornata mondiale, il 31 maggio, e la Lilt è in prima fila. «L'occasione per informare i cittadini e aiutarli ad abbandonare le sigarette attraverso i nostri corsi gratuiti per la dissuefazione dal fumo», dice Schittulli.

Tre sono i pilastri dello star bene: uno stile di vita sano, una corretta alimentazione e una regolare attività fisica. Schittulli stesso dà il buon esempio. «Vivo a Bari e nel fine settimana prendo la bici e pedalo lungo il litorale cittadino, 32 chilometri per ammirare le bellezze del mare e della città. L'Italia dovrebbe dotarsi di una rete di piste ciclabili più strutturata, con punti di sosta per incontrarsi. La socializzazione gioca un ruolo importante per la salute».

Schittulli ricorda anche che tra i problemi del Paese c'è «l'obesità infantile e adolescenziale» da combattere proprio con l'attività fisica e la corretta alimentazione. «Il 35% dei tumori sono causati dalle cattive abitudini alimentari» e la Lilt, tra gli altri, schiera un testimonial stellato, lo chef Davide Oldani, inventore della cucina «pop», basata sulla semplicità e su materie prime di qualità.

Dal 2001 poi, sul far della primavera, la Lega rinnova l'appuntamento con la Settimana Nazionale per la Prevenzione Oncologica (Snpo), volta a diffondere la cultura

della prevenzione come metodo di vita. La Lilt oggi conta oltre 200mila soci (iscrizione 10 euro annui), è presente sull'intero territorio nazionale con 106 associazioni provinciali, 20 coordinamenti regionali e 397 ambulatori. Il futuro? «Vorremo che le nostre strutture fossero convenzionate con il Sistema sanitario nazionale. Abbiamo strumenti all'avanguardia e i cittadini dovrebbero essere liberi di scegliere dove effettuare gli screening preventivi e dove curarsi — conclude Schittulli —. Vorrei che questo potesse essere considerato il Giro della Prevenzione, per vincere il tumore e indossare definitivamente la maglia rosa della Lilt».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sapore e benessere

Lega italiana per la lotta contro i tumori ha un proprio stand. E presenta il «suo» olio





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

OGGI IL VIA ALL'INIZIATIVA, ALLA PRESENZA DELLA PRESIDENTE DEL SENATO, CASELLATI

Autismo, il Festival punta sull'inclusione

Con il crescere delle diagnosi, aumenta la necessità di fare rete per non lasciare sole le famiglie

ENRICO NEGROTTI

Scienza e società, lavoro e arte, famiglie e istituzioni. Spazia a 360 gradi la proposta del primo Festival In&Aut - Inclusione&Autismo dedicato a promuovere l'inclusione sociale e lavorativa delle persone affette da disturbi dello spettro autistico, che si apre oggi alle 12 a Milano con la presidente del Senato, Maria Elisabetta Alberti Casellati, della vicepresidente di Regione Lombardia, Letizia Moratti, del sindaco di Milano, Giuseppe Sala, e della presidente onoraria Fondazione InOltre, Diana Bracco.

Il tema dell'inclusione è cruciale per ogni forma di disabilità, ma specie di quelle di tipo intellettivo. Di qui è nata la volontà di promuovere un festival per far prendere coscienza che le persone con disturbi dello spettro autistico in Italia sono oltre 600mila e che le famiglie non devono essere lasciate sole. Ecco quindi che, dall'iniziativa di tre soggetti (la

Fondazione InOltre presieduta da don Vincenzo Barbante, il giornalista Francesco Condoluci e il senatore Eugenio Comincini) è sorto il progetto del Festival. Gli scopi sono presto detti: richiamare l'attenzione sull'aumento crescente di diagnosi relative ai disturbi del neurosviluppo; far conoscere e valorizzare le esperienze esistenti per costruire una rete "virtuosa" a disposizione di chi ne ha bisogno; sostenere le iniziative che mirano a incrociare domanda e offerta nel mondo del lavoro per le persone disabili.

Il Festival sarà l'occasione anche di presentare la "Lobby dei buoni", una rete formata da persone, associazioni, istituzioni e imprese, mirata a tutelare i più fragili, composta da: PizzAut (prima pizzeria italiana gestita da ragazzi autistici), Il Tortellante (laboratorio terapeutico-abilitativo dove ragazzi autistici imparano a confezionare pasta fresca a mano),

Banda Rulli Frulli (progetto di musica d'insieme che comprende ragazzi con diverse abilità), Etnos (cooperativa so-

ziale che promuove percorsi di inclusione lavorativa attraverso la gelateria Equo Cream e la pizzeria Equo Food), InChioostro (cooperativa sociale che promuove attività di formazione professionale), Foqus (fondazione impegnata nell'inclusione di ragazzi autistici), Albergo Etico (impresa sociale che promuove percorsi di indipendenza per persone con sindrome di Down e disabilità), I Gigli del Campo (associazione che aiuta bambini autistici nell'organizzazione del tempo libero), Come un Albero (onlus di promozione sociale per disabilità, inclusione e comunicazione).

Il programma del Festival In&Aut, che si svolge alla Fabbrica del Vapore (via Procaccini 4) è disponibile sul sito ineautfestival.it. Tra i molti appuntamenti segnaliamo oggi (alle 16,30) il dibattito "Disturbi dello spettro autistico: la diagnosi e la presa in carico", un tavolo scientifico a cura della Fondazione Don Gnocchi; la proiezione dei film "Le ricette dello chef Antonio per la rivoluzione" (ore 16,30) e "Be kind - Un viaggio gentile all'interno della diversità" (ore

20,30). **Domani** (alle 11) la presentazione della Lobby dei Buoni e (alle 16) il dibattito "Autismo, le parole per dirlo. Confronto tra comunicatori, giornalisti, amministratori, mondo delle associazioni, esperti"; la proiezione dei film "Tutto il mio folle amore" (ore 15) e "Quanto basta" (ore 20,30). **Domenica** (ore 11) l'esame della legge 112/2016. "Durante e dopo di noi" con la presentazione degli strumenti finanziari e fiscali; la tavola rotonda scientifica (ore 15) su "Autismo e aspetti terapeutici", con neuropsichiatri, esperti e ricercatori e il workshop (ore 15) su "Autismo e inclusione al lavoro"; la proiezione dei film "Ron, un amico fuori programma" (ore 16,30) e "Sul sentiero blu" (ore 19,15). Molti gli appuntamenti di laboratori, arte, musica, teatro, libri, interviste. La ristorazione viene garantita da Equo Food, Cuore Di Gelato, InChioostro, Il Tortellante, PizzAut.

Società civile, politica e aziende insieme per sostenere anche le iniziative che mirano a incrociare domanda e offerta nel mondo del lavoro per le persone disabili



Ospedali della vergogna, blitz dei Nas

Dopo la denuncia di *Repubblica*, i carabinieri irrompono nelle strutture iperaffollate

Troppo affollamento negli ospedali? Scatta il blitz dei carabinieri del Nucleo antisofisticazione e sanità (Nas). Dopo la denuncia di *Repubblica* sui malati fermi in barella nei corridoi dei pronto soccorso, i militari hanno passato al setaccio finora 10 ospedali, riscontrando il sovraffollamento in sei strutture.

Non solo. I Nas hanno accertato la presenza di un cospicuo nume-

ro di ambulanze ferme con i pazienti a bordo, almeno sei per ogni pronto soccorso.

di **Luca Monaco** ● a pagina 7



Blitz dei Nas, dal San Camillo all'Umberto I “Ospedali ancora assediati dalle barelle”

I carabinieri in borghese in sei strutture hanno accertato situazioni d'affollamento

di **Luca Monaco**

Troppo affollamento negli ospedali? Scatta il blitz dei carabinieri del Nucleo antisofisticazione e sanità (Nas). Dopo la denuncia di *Repubblica* sui malati fermi in barella nei corridoi dei pronto soccorso in attesa di un posto letto nei reparti per poter finalmente essere curati dagli specialisti, i militari hanno avviato un'indagine approfondita nelle strutture sanitarie cittadine.

Dal Gemelli al San Giovanni, passando per il San Camillo, l'Umberto I, il Sant'Andrea e il San Filippo Neri i militari hanno passato al setaccio finora dieci ospedali, riscontran-

do il sovraffollamento in sei strutture.

Non solo. I Nas hanno accertato la presenza di un cospicuo numero di ambulanze ferme con i pazienti a bordo.

Quest'ultima è da considerarsi come la ricaduta diretta della atavica mancanza di posti letto nella sanità pubblica. Un problema che non riguarda certo solo Roma, ma mezza Italia. Specie in un periodo dell'anno come questo, nel quale si registra storicamente il picco massimo di ingressi.

I controlli dei carabinieri sono appena iniziati. Hanno riguardato per primo il San Camillo, dopo che *Re-*

pubblica, lunedì, aveva contato con un reportage il problema dei sovraffollamento, dando voce ai primari.

«La situazione sta peggiorando – aveva spiegato anche Francesco Franceschi, il primario del pronto



soccorso del Gemelli – la popolazione invecchia, gli accessi in pronto soccorso dei pazienti anziani che necessitano di un ricovero è in costante aumento». Già questo è sufficiente a spiegare, almeno in parte, i contorni del problema, che in ogni caso esiste.

I militari anche all'Umberto I hanno verificato lo stato di manutenzione delle attrezzature, la presenza del numero di medici e infermieri per turno. Hanno scandagliato i tempi di attesa dei pazienti, i codici triage, le ambulanze ferme.

Qualcuno nei giorni scorsi ha visto i Nas ispezionare in divisa i reparti di primo soccorso, qualcun al-

tro, tra medici e infermieri, li ha riconosciuti, anche se erano in borghese. Il ché, in più di qualche caso, ha concorso ad abbattere il numero di ambulanze ferme nei parcheggi.

Di fronte a una media di sei ambulanze ferme per ogni ospedale, «quando ci hanno riconosciuti - sorride un investigatore - in 10 minuti sono diventate due: una magia».

Se sono serviti anche a questo «ben vengano i controlli», verrebbe da dire.

L'attività di monitoraggio dei carabinieri del Nas di Roma è appena iniziata e proseguirà nei prossimi

giorni. La finalità non è solo repressiva. Anzi.

L'intenzione dei militari è quella di ricavare dalle ispezioni un quadro chiaro e puntuale della situazione da utilizzare poi a un tavolo di discussione con la Regione Lazio e le varie dirigenze ospedaliere per riuscire a intervenire con puntualità lì dove è più urgente risolvere il problema. Perché il combinato disposto tra il Covid, la totale riapertura e la crescente domanda di sanità da parte degli anziani mette sotto pressione il sistema sanitario regionale.



▼ **In attesa**

Un'istantanea dei pazienti fermi al pronto soccorso in attesa di un posto letto in reparto



Sulla Circonvallazione Gianicolense

Pronto soccorso di nuovo in tilt D'Amato: "Sarà ampliato"

di Arianna Di Cori

Nonostante le denunce, le foto del sovraffollamento, le indagini interne e quelle portate avanti dai Nas, il pronto soccorso del San Camillo continua a scoppiare: ieri sera si contavano 103 pazienti, di cui la metà (53) in attesa di ricovero. L'assessore regionale alla Sanità Alessio D'Amato, intanto, cerca di mettere una pezza almeno per quanto riguarda gli spazi a disposizione, annunciando quanto già anticipato dal direttore generale dell'ospedale Narciso Mostarda: «Il nucleo di valutazione investimenti in edilizia sanitaria ha approvato il progetto di fattibilità, su cui si stava lavorando da mesi, per l'ampliamento del pronto soccorso dell'Azienda ospedaliera San Camillo di ulteriori 1.000 mq sopraelevati. L'investimento previsto è di circa 4 milioni di euro», riferisce in una no-

ta di ieri. Ma a detta di chi lavora nell'ospedale, si tratta di una soluzione a metà. «Se si ampliano gli spazi, senza aumentare il numero del personale impiegato nel Pronto Soccorso, i problemi rimarranno sempre gli stessi», tuona Stefano Barone, segretario provinciale del Nursind, il sindacato degli infermieri, che da mesi denuncia la situazione «insostenibile» all'interno del reparto di emergenza. «Già alcuni anni fa il pronto soccorso è stato ampliato, ma è stata una manovra che non ha portato ad alcun reale miglioramento», prosegue. Un problema atavico, legato, oltre alla mancanza di un numero congruo di operatori sanitari - sia medici che infermieri, ormai stremati - anche all'architettura stessa del padiglione che ospita il reparto. «Quello che sembra sfuggire ai nostri decisori è che non si possono de-

stinare ai pazienti spazi sotto terra,

utili solo per i garage», spiega. Una criticità che anche *Repubblica* ha potuto testimoniare, tra ambienti angusti e insalubri, con uno scarso ricambio d'aria e la totale assenza di luce naturale: una sorta di bunker, dove le più elementari regole del distanziamento - necessario non solo per ragioni legate al Covid, ma anche per evitare il diffondersi di altri patogeni - vengono meno. «Sono anni che proponiamo soluzioni alternative», continua il sindacalista, «come l'utilizzo del Padiglione Puddu, che si affaccia su via Ramazzini, che al suo interno ha una camera operatoria e un reparto di terapia intensiva. Il progetto è sul tavolo, ma non viene preso in considerazione. Così, si rischia solo un'operazione di maquillage».

