

Rassegna del 30/05/2019

AOUP

30/05/19	Nazione Pisa	11	Progetto pisano per combattere lo stress da lavoro - Pisa polo regionale per lo stress da lavoro	...	1
30/05/19	Tirreno	11	Una lite col capufficio virtuale per curare lo stress da lavoro	Boi Giuseppe	3
29/05/19	ADNKRONOS.COM	1	Ricerca italiana sbanca in Usa, 15 giovani oncologi premiati all'Asco	...	5
29/05/19	GONEWS.IT	1	Oncologia, ricercatori da Pisa al congresso di Chicago	...	6
30/05/19	Nazione Empoli	2	Pd: chi ha vinto davvero - Retrosceca di una festa - Benvenuti nel Pd, il partito dove i vincitori non comandano	Berti Bruno	8
30/05/19	Nazione Empoli	2	Faremo un'opposizione ferma ma propositiva e non distruttiva	...	10
30/05/19	Nazione Empoli	3	Ecco la nuova giunta di Falorni Molte le riconferme: i nomi	...	11
30/05/19	Nazione Empoli	3	«La diversità nel voto? Ha riguardato tutti»	Berti Bruno	12
30/05/19	Nazione Pisa	5	Anziana rapinata Ferita e gettata a terra	...	13
29/05/19	SCUOLA24.ILSOLE24O RE.COM	1	Tumori, 8 giovani ricercatori italiani premiati negli Usa	...	14
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	11	Polizia e vigili salvano giovane in difficoltà	...	15
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	20	Sandra realizza il suo sogno Una visita all'acquario	...	16
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	2	Intervista a Francesco Pistello-Quel vizio pericoloso che aumenta i rischi di gravi malattie - Fumo, il killer che toglie sette anni di vita	Schiavina Antonietta	18
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	3	Intervista a Francesco Pistelli-Per buttar via la sigaretta servono i farmaci ma anche le motivazioni	Schiavina Antonietta	21

SANITA' PISA E PROVINCIA

30/05/19	Nazione Pisa	9	Pronto intervento emergenze sociali Già risolti 11 casi - Decolla il pronto intervento sociale	...	23
30/05/19	Nazione Pisa	7	Deceduta dopo il ricovero all'ospedalino Un medico rinviato a giudizio	...	25
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	20	Arriva l'ambulanza infermieristica anche in Valdera	...	26
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	20	Le 100 donazioni di Puccinelli	...	27

SANITA' REGIONALE

30/05/19	Avvenire	18	Ru486, la Toscana apre agli ambulatori	Bigi Riccardo	28
30/05/19	Corriere della Sera Salute	30	Lettera. Per il tumore alla prostata meglio la chirurgia o la radioterapia?	Lapini Alberto	29
30/05/19	Nazione Empoli	1	La buona notizia - Il codice celiachia	...	30
30/05/19	Nazione Lucca	5	Sos ospedale - «Pronto soccorso in difficoltà»	...	31
30/05/19	Nazione Lucca	5	Due giornate di astensione dei 'servizi'	...	32
30/05/19	Nazione Massa Carrara	6	Asl, convenzione per ridurre le liste d'attesa - Casani: «Il Noa è un ospedale in crescita»	...	33
30/05/19	Nazione Massa Carrara	6	Liste d'attesa, accordo con la Monasterio per Tac e risonanze magnetiche	...	34
30/05/19	Repubblica Firenze	3	Sulla sanità intesa al Mef scongiurato il commissario	m.b.	35
30/05/19	Tirreno Lucca	1	Pronto soccorso nel caos Medici "in fuga", servizi a rischio - Emergenza medici al Pronto soccorso Asl: «Facciamo fatica a coprire i turni»	Parrini Gianni	36
30/05/19	Tirreno Lucca	1	Atti vandalici al San Luca C'è un terzo episodio	...	39
30/05/19	Tirreno Lucca	1	Celiachia, stop ai buoni da giugno serve il codice	...	40
30/05/19	Tirreno Massa Carrara	5	I vertici Asl al Noa: primo nodo la carenza di personale	D'Angelo Manuela	41
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	2	Approvata una mozione in Regione No al "taser" nelle strutture sanitarie	...	43
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	2	Infermieri, maxi concorso	...	44
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	3	Delibera della Regione Toscana 650mila euro per le farmacie disagiate	...	45
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	6	L'INTERVISTA a Leonardo Bussolin- Il dottore che cura i traumi dei bimbi - Il medico buono che cura i traumi dei bimbi	Sabia Marco	46
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	7	Le lettere - In Regione Il lavoro del Consiglio dei cittadini	...	49
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	7	Addio buoni, entra in vigore il "codice celiachia"	...	50
30/05/19	Tirreno Toscana Salute	7	Quanti malati (quasi) immaginari in coda al pronto soccorso	Fiorini Guido	51
30/05/19	Tirreno Viareggio	1	Non si trovano medici per il 118 e il pronto soccorso - Piano d'emergenza per pronto soccorso e 118: mancano almeno sei medici	Tuccini Matteo	52
30/05/19	Tirreno Viareggio	1	Premiato il lavoro sull'embolia	...	54

SANITA' NAZIONALE

30/05/19	Avvenire	18	Sla nel mirino, la ricerca può vincere	Poggio Danilo	55
30/05/19	Avvenire	19	Cure palliative i buchi nella rete - Cure palliative? Sconosciute	Melina Graziella	56

30/05/19	Corriere della Sera Salute	4 Farmaci che spariscono - Medicine importanti che non si trovano - E i malati devono peregrinare da una farmacia all'altra	Faiella Maria_Giovanna	57
30/05/19	Corriere della Sera Salute	5 Se ci sono problemi le aziende devono dirlo quattro mesi prima	M.G.F.	61
30/05/19	Corriere della Sera Salute	6 Sanzioni per chi sgarra ma è fondamentale il ruolo dei farmacisti	M.G.F.	62
30/05/19	Corriere della Sera Salute	6 Esportazione parallela sul banco degli imputati	M. G. F.	64
30/05/19	Corriere della Sera Salute	9 Leucemia cronica La terapia dura a lungo Ma non per sempre	Martinella Vera	66
30/05/19	Corriere della Sera Salute	18 Ricoverata a Berlino (e dimessa molto presto)	Ciszek Christina	68
30/05/19	Corriere della Sera Salute	25 I test per l'allergia li prescrive anche il medico di famiglia	Faiella Maria_Giovanna	70
30/05/19	Corriere della Sera Salute	27 In otto minuti non si cura	Bronzetti Gabriele	73
30/05/19	Corriere della Sera Salute	27 In medicina è fondamentale che ci sia gioco di squadra	Locatelli Marco	74
30/05/19	Corriere della Sera Salute	28 È arrivata l'ora degli smartwatch	Corcella Ruggiero	76
30/05/19	Giorno - Carlino - Nazione	10 Minori sempre online, è rischio psicosi	Prosperetti Giulia	78
30/05/19	Giorno - Carlino - Nazione	14 Per amore per forza	Ponchia Viviana	80
30/05/19	Giorno - Carlino - Nazione	14 Le mie case per le famiglie dei malati	Bogoni Anna	81
30/05/19	LIVE	26 Diritti - Conflitto di interessi Non fa danni se sono medici e Stato a dettare l'agenda	Minerva Daniela	83
30/05/19	Manifesto	4 «Il welfare aziendale taglia la sanità» - «Il welfare aziendale toglie fondi alla sanità pubblica»	Franchi Massimo	84
30/05/19	Repubblica	4 Sanità in Calabria Le scuse del ministro	...	85
30/05/19	Sole 24 Ore nòva.tech	28 Come cambia la cura con l'arrivo del 5G	Cerati Francesca	86
CRONACA LOCALE				
30/05/19	Nazione Pisa	4 Galilei, il Tar 'frena'gli investimenti - «Non scappiamo, ma i piani vanno rivisti»	Masiero Gabriele	88
30/05/19	Nazione Pisa	4 Altolà bipartisan a Nakil: «No ai ricatti»	...	90
30/05/19	Nazione Pisa	4 «Confermate le nostre idee Firenze ha perso tempo»	...	91
30/05/19	Nazione Pisa	7 Non risponde in casa Gli agenti si calano dal tetto: salvata	...	92
30/05/19	Tirreno	4 «Stop a Peretola, effetti su Pisa» Il nodo aeroporti agita la politica	...	93
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	10 IL DIBATTITO Il sindaco: «La società mantenga gli impegni»	...	94
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	10 Nuovo terminal in aeroporto «Tempistica da rivedere» - Nuovo terminal Naldi conferma: «Tempistiche da rivedere»	Landucci Valentina	95
30/05/19	Tirreno Pisa-Pontedera	11 Mori in cantiere: inchiesta chiusa, 6 indagati	Barghigiani Pietro	97
RICERCA				
30/05/19	LIVE	54 Stop Epatite C - Un mondo senza il virus è possibile	Bonfranceschi Anna_Lisa	99
30/05/19	Foglio Inserto	1 Intervista a Rosario Palumbo e Vincenzo Mascia - "E' solo un equivoco, colpa degli hater". Parlano il medico e il fratello di Paolo Palumbo	Sorgi Gregorio	103
30/05/19	Foglio Inserto	1 Un nuovo caso stamina	Capone Luciano	104
30/05/19	Foglio Inserto	1 Cari Vip, non pubblicizzate "cure sperimentali". Le false speranze non sono un balsamo, ma veleno	Corbellini Gilberto	106
30/05/19	LIVE	20 Emicrania C'è un rifugio	Moriconi Tiziana	107
30/05/19	Sole 24 Ore	29 Intervista a Diana Bracco - «Più fonti rinnovabili e meno materie prime nelle nuove produzioni»	Morino Marco	111
30/05/19	Sole 24 Ore	29 La sfida della sostenibilità per il rilancio della chimica	Greco Filomena	112
30/05/19	Sole 24 Ore nòva.tech	28 L'analisi spettrale valuta il principio attivo	Longo Alessandro	114
UNIVERSITA' DI PISA				
30/05/19	Repubblica Scienze	8 Il tag Iridium segue le tartarughe marine liberate	...	115
30/05/19	Repubblica Scienze	11 Se lo sciamano canta sul ponte della scienza	Dusi Elena	116
30/05/19	Stampa	24 La genesi dei nazionalismi 2.0 Le politiche neolibériste alimentano le disparità e chi è in difficoltà trova ascolto dai populist	Banti Alberto_Mario	117

AOUN E SCUOLA SANT'ANNA

Progetto pisano
per combattere
lo stress da lavoro

■ A pagina 11

IL PROGETTO REALTÀ VIRTUALE PER GUARIRE

Pisa polo regionale
per lo stress da lavoro

PARTE da Pisa un progetto regionale sulla prevenzione e riabilitazione dei danni da stress lavoro-correlato, con l'uso di realtà virtuale e percorsi formativi universitari specifici, proposto da Inail Toscana, Università di Pisa, Azienda ospedaliero-universitaria Pisana e Scuola Superiore Sant'Anna. Il progetto è stato presentato dal prorettore dell'ateneo per i Rapporti con gli enti del territorio, **Marco Gesi**, dal direttore regionale di Inail, **Giovanni Asaro**, dal direttore generale dell'Aoup, **Silvia Briani**, dal direttore della Scuola di specializzazione in Medicina del Lavoro dell'Università di Pisa, **Alfonso Cristaudo**, dal responsabile del Centro per il disadattamento lavorativo dell'Aoup, **Rodolfo Buselli**, dal dirigente medico della Sovrintendenza medica regionale Inail, **Massimo Paoli** e dai ricercatori dell'Istituto Tecnologie della Comunicazione, Informazione, Percezione della Scuola Superiore Sant'Anna, **Marcello Carrozzino** e **Federico Vanni**.

L'OBIETTIVO è quello di creare interventi personalizzati su ogni lavoratore con danni psichici da stress lavoro-correlato, ridurre i livelli, trattare eventuali patologie psichiatriche, elaborare strategie individualizzate per il suo reinserimento lavorativo attraverso l'assistenza e lo sviluppo di percorsi di terapia cognitivo-comportamentale con tecnologia di realtà virtuale. Il Centro per il disadattamento lavorativo dell'Aoup, spiega una nota dell'Ateneo pisano, «rappresenta per la Toscana un punto di osservazione privilegiato delle patologie da stress lavoro-correlato e dal 2008 al 2018 ha esa-

minato 1039 casi». Impiegando specifici scenari virtuali, secondo i curatori del progetto, «sarà possibile potenziare le tecniche cognitivo-comportamentali rendendole più sicure e meno costose rispetto all'esposizione in vivo: ciò permetterà al paziente di interagire con la situazione stressogena in un ambiente sicuro e al terapeuta di condividere l'esperienza, monitorandone lo svolgimento, graduandone l'intensità ed elaborando un modello valido e adattativo di comportamento per il paziente».

LA CREAZIONE di scenari virtuali ad hoc e la valutazione in tempo reale di parametri psicofisiologici stress-sensibili (frequenza cardiaca, pressione, variabilità dell'elettrocardiogramma) consentirà di misurare per ogni singolo caso i livelli di stress reattivo a diverse situazioni lavorative ricavando informazioni sull'idoneità allo svolgimento di precise mansioni e strategie per il reinserimento lavorativo. Infine, conclude l'università di Pisa, «la collaborazione con l'Inail permetterà di istituire un corso di perfezionamento per consulenti tecnici d'ufficio e di parte in tema di patologie da costrittività organizzative (stress lavoro-correlate) della durata di un anno».





Da sin. Paoli, Asaro, Briani, Buselli, Cristaudo, Gesi, Carrozzino e Vanni

NUOVE TERAPIE

Una lite col capufficio virtuale per curare lo stress da lavoro

Avatar e visori 3d per riprodurre i rapporti difficili con superiori, colleghi e clienti
Un progetto dell'Università di Pisa, Sant'Anna e Azienda sanitaria per l'Inail

Giuseppe Boi

PISA. La sindrome da stress da lavoro si curerà a Pisa con gli avatar. Non avranno l'immagine degli extraterrestri blu del film di James Cameron, ma forse faranno più paura. Assomiglieranno infatti al capo ufficio tiranno, al collega molesto, al cliente incontentabile e, in generale, a chiunque o qualsiasi cosa renda "impossibile" l'ambiente di lavoro. Un luogo che sarà ricostruito grazie alla realtà virtuale e che permetterà un'esperienza immersiva che consentirà la diagnosi e la cura alla sindrome. Una terapia d'urto, insomma, proposta dall'Inail Regione Toscana e realizzata grazie alla collaborazione tra l'Università di Pisa, l'Azienda ospedaliero universitaria pisana e la Scuola superiore Sant'Anna.

Il progetto, presentato ieri nella sede del rettorato, punta a trovare una soluzione per una problematica sociale con ampie e pesanti ricadute sui singoli e sulla società. Una questione che diventa giorno dopo giorno sempre più pressante. Anche i legislatori, sia in Italia sia in Europa, hanno cominciato ad affrontare queste problematiche. E da pochi giorni lo stress da lavoro-correlato è stato inserito dall'Or-

ganizzazione mondiale della sanità (Oms) nella lista dei disturbi medici fisici o psichici ufficialmente riconosciuti.

«Lo stress lavoro-correlato è un rischio spesso sottovalutato – spiega Rodolfo Buselli, responsabile del Centro per il disadattamento lavorativo dell'Aoup –. Si dà peso al disturbo psichico, ma non al contesto in cui emerge». «Per fare questo – sottolinea Alfonso Cristaudo, il direttore della scuola di specializzazione in Medicina del lavoro dell'Università di Pisa – abbiamo approntato un percorso che consenta tanto un'attività di diagnosi, quanto di prevenzione e riabilitazione». «E per farlo – aggiunge Marco Gesi, proretore per i Rapporti con gli enti del territorio dell'Ateneo pisano – si è puntato su un approccio multidisciplinare che coinvolge medici, giuristi e ingegneri».

Ruolo, quest'ultimo, rivestito da Marcello Carrozzino e Federico Vanni, ricercatori dell'Istituto tecnologie della comunicazione, informazione, percezione della Sant'Anna. Sono loro che hanno aperto la realtà virtuale alla cura della stress da lavoro. Spetterà infatti a loro ricostruire con gli strumenti della realtà virtuale le situazioni che si vivono nel lavoro. Per farlo hanno preso esempio da alcu-

ni studi già eseguiti negli Usa con i reduci del Vietnam alle prese con le paure della guerra. Una volta ricostruito l'ambiente di lavoro e l'avatar del soggetto con cui interagire, il paziente indosserà un visore 3d, una cuffia e un microfono e sarà calato nell'ambiente stressogeno con accanto il terapeuta che condividerà l'esperienza, monitorando in tempo reale i parametri psicofisiologici per individuare le informazioni sull'idoneità allo svolgimento delle attività lavorative.

Spettatori interessati l'Aoup, «chiamata a curare le persone ma anche a gestire i nostri stessi dipendenti» come sottolinea il direttore generale Silvia Briani, e l'Inail: «Questo progetto consente non solo di risarcire le vittime da stress da lavoro, ma anche di reinserirle e ricollocarle nell'ambiente di lavoro», conclude il direttore regionale di Inail Toscana, Giovanni Asaro. —

g.boi@iltirreno.it

CHI NE SOFFRE

Tutte le categorie chiedono aiuto Anche i sacerdoti

«Anzitutto dipendenti di banche e poste, ma anche operai e giornalisti: un po' tutte le categorie soffrono di stress da lavoro-correlato, arrivano pazienti persino dalla curia». Così Alfonso Cristaudo, direttore della Scuola di specializzazione in medicina del lavoro dell'università di Pisa, fa il quadro delle categorie più a rischio. «Bell'ultimo triennio sono state presentate 700 denunce di malattia – aggiunge Massimo Paoli, dirigente medico della Sovrintendenza medica regionale Inail –. Di queste 58 sono state riconosciute valide e 46 hanno ottenuto l'indennizzo. Sembrerebbe che la montagna abbia partorito un topolino, ma i dati dimostrano la necessità di avere un protocollo che porti a delle denunce mirate».





L'idea nasce dagli studi
eseguiti negli Usa
sulle paure dei reduci
della guerra in Vietnam

Una prova con un visore 3d

Home . Salute . Medicina .

Ricerca italiana sbanca in Usa, 15 giovani oncologi premiati all'Asco

Tra prime volte e molti 'veterani' i nostri scienziati tra i 'top'

MEDICINA
[Tweet](#)



(MASSIMO ALBERICO, MILANO - 2014-01-09) p.s. la foto e' utilizzabile nel rispetto del contesto in cui e' stata scattata, e senza intento diffamatorio del decoro delle persone rappresentate

Pubblicato il: 29/05/2019 18:02

Giovani scienziati italiani che si fanno valere all'estero per le loro ricerche sul cancro.

Quest'anno al congresso annuale dell'**Asco** (**American society fo clinical oncology**), che si terrà a Chicago dal 31 maggio al 5 giugno, saranno premiati 15 scienziati - 6 le donne - che lavorano in Italia o in Usa per trovare nuove armi contro i tumori. A loro saranno attribuiti i '**Merit Award**' della Conquer Cancer Foundation dell'Asco. In tutto sono oltre 120 i premiati per il 2019. Lo scorso anno furono 11 gli oncologi italiani 'under 35' premiati.

Al secondo 'Merit Ward' è Francesca Battaglin, ricercatrice dell'Istituto oncologico Veneto-Irccs, dopo il riconoscimento già ricevuto nel 2018. Sta lavorando sulle variazioni genetiche nel tumore del colon, ed è attualmente al lavoro al Norris Comprehensive Cancer Center della Keck School of Medicine di Los Angeles. Secondo Award anche per Paolo Strati, oncoematologo dell'Anderson Cancer Center di Houston, mentre a Vincenza Conteduca e Daniele Rossini viene attribuito il premio per la terza volta consecutiva. La prima è ricercatrice dell'Istituto dei tumori di Meldola (Forlì) ma attualmente è attiva al Dana-Farber Cancer Institute di Boston con studi sulle neoplasie della prostata, mentre Rossini è oncologo all'azienda ospedaliera di Pisa, specialista in tumori colorettali.

Premi speciali 'Merit Award' per due oncologi italiani 'under 35': ad Alberto Puccini, già premiato nel 2018 con il riconoscimento per i giovani scienziati, è assegnato quest'anno il 'Loxo Oncology Endowed Merit Award'. Puccini lavora alla Keck School of Medicine dell'University of Southern California. A Matteo Lambertini, del Policlinico San Martino-Università di Genova, è assegnato il 'Sherwin Family Endowed Merit Awards'. Lambertini è un 'veterano' del Merit Award, le sue ricerche si concentrano sul tumore del seno nelle giovani donne e, in particolare, a studiare gli effetti della gravidanza.

Gli altri italiani premiati con il Merit Award 2019 sono Marco Bandini, specialista in tumori prostatici all'ospedale Vita-Salute San Raffaele; Maria Alessandra Calegari dell'oncologia medica della Fondazione policlinico universitario Gemelli Irccs; Antonio Di Meglio, specialista in carcinoma mammario all'Institut Gustave Roussy di Parigi; Brunella Di Stefano, della Fondazione policlinico universitario Gemelli Irccs; Roberto Ferrara, dell'Istituto nazionale dei tumori di Milano; Federica Marmorino e Gemma Zucchelli, ricercatori del Dipartimento di ricerca traslazionale dell'Azienda ospedaliera universitaria Pisana; Biagio Ricciuti, ricercatore in genomica al Dana Farber Institute, e David James Pinato, dell'Imperial College di Londra laureato all'università del Piemonte Orientale 'A. Avogadro'.

adnkronosTV

Tempo pazzo, ma cosa sta succedendo?

Cerca nel sito

Notizie Più Cliccate

1. Dona il fegato a 97 anni
2. Scoperto killer dei superbatteri
3. Salvini all'attacco
4. "Flat tax da 50 mld è provocazione"
5. Roma, tragedia al nido: bimbo muore nel sonno

Video



Fabbriche fantasma, il caso Valle del Sacco



Tempo pazzo, ma cosa sta succedendo?



Livio Berruti fa 80 anni, festa grande al Coni



Nuoro, arsenale da guerra nascosto in

Ultimo aggiornamento: 29/05/2019 17:00 | Ingressi ieri: 95.027 (Google Analytics)



#gonews.it®

Pisa

Cascina

TOSCANA
HOME

EMPOLESE
VALDELSA

ZONA DEL
CUOIO

FIRENZE E
PROVINCIA

CHIANTI
VALDELSA

PONTEDERA
VOLTERRA

PISA
CASCINA

PRATO
PISTOIA

SIENA
AREZZO

LUCCA
VERSILIA

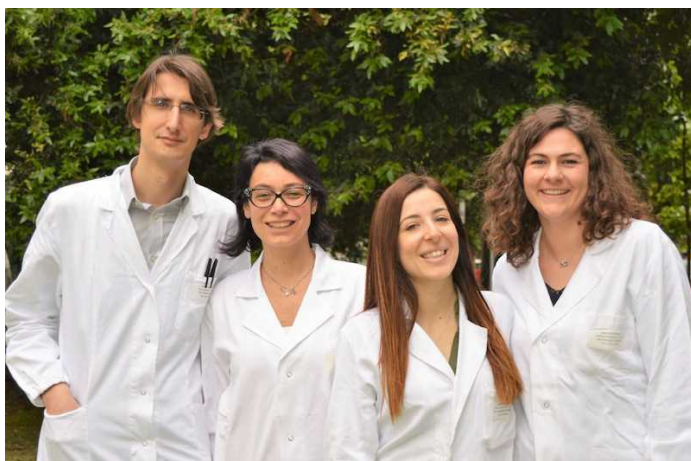
LIVORNO
GROSSETO

HOME → PISA - CASCINA →

<< INDIETRO

Oncologia, ricercatori da Pisa al congresso di Chicago

🕒 29 maggio 2019 15:21 📁 Sanità 📍 Pisa



Anche quest'anno il congresso annuale organizzato dall'Asco-American society of clinical oncology, uno dei più importanti appuntamenti di aggiornamento scientifico in ambito oncologico con circa 30mila partecipanti attesi a Chicago dal 31 maggio al 4 giugno, vedrà importanti riconoscimenti per gli oncologi dell'Aoup guidati dal professor Alfredo Falcone.

La dottoressa Chiara Cremolini, ricercatrice dell'Università di Pisa, avrà l'onore di presentare nella sessione delle comunicazioni orali i risultati dello studio TRIBE2, un progetto accademico che ha coinvolto 679 pazienti affetti da tumore del colon retto metastatico, trattati in 56 centri di oncologia su tutto il territorio nazionale. Lo studio, promosso dal Gono-Gruppo oncologico del nord-ovest - di cui il professor Falcone è presidente e coordinato proprio dall'Oncologia di Pisa - è stato selezionato tra le migliori ricerche in ambito oncologico proprio per il suo potenziale impatto immediato nella gestione quotidiana dei pazienti affetti da tale patologia. Lo studio infatti rafforza e integra i risultati che hanno portato, negli ultimi anni, a modificare le linee guida internazionali, introducendo una strategia d'esordio intensificata, la cosiddetta tripla, tra le opzioni terapeutiche per alcuni pazienti. Afferma la dottoressa Cremolini: "Aver partecipato negli anni a una linea di ricerca che ha cambiato il modo di trattare il carcinoma colorettale è una grande

AOUP

gonews.tv Photogallery



[Empoli] L'empolese ghiramondo Antonio Di Guida racconta la 'sua' America

Per la tua Pubblicità su:

#gonews.it

0571 700931

commerciale@xmediagroup.it

pubblicità

soddisfazione, ma sapere di aver contribuito a migliorare le prospettive dei pazienti lo è ancora di più".

Nel corso del medesimo congresso verranno inoltre premiati con il "Conquer cancer foundation of Asco merit award" - premio destinato ai giovani ricercatori per l'alto valore scientifico dei loro contributi - due specializzandi della scuola di specializzazione di Oncologia medica diretta dal professor Falcone, il dottor Daniele Rossini, premiato per il terzo anno consecutivo, la dottoressa Gemma Zucchelli e un'assegnista di ricerca del medesimo gruppo, la dottoressa Federica Marmorino.

"Tutti i progetti che presenteremo all'Asco - spiega il professor Falcone - mirano a ottimizzare la gestione del trattamento dei pazienti affetti da carcinoma coloretale in base alle loro specifiche caratteristiche cliniche e agli aspetti molecolari delle loro malattie. La personalizzazione delle scelte terapeutiche è il nostro pane quotidiano e la via da perseguire per migliorare i risultati dei trattamenti che abbiamo a disposizione".

Fonte: [AOU Pisana](#) - ufficio stampa

Tutte le notizie di Pisa

[<< Indietro](#)



I tweets di Radio Lady

Tweets di [@RadioLady977](#)

Empoli, previsioni meteo a 7 giorni						
Italia > Toscana > Meteo Empoli						
mer 29	gio 30	ven 31	sab 01	dom 02	lun 03	mar 04
13°C 18°C	13°C 22°C	11°C 23°C	10°C 25°C	12°C 24°C	14°C 24°C	15°C 23°C
stampa PDF 3BMeteo.com						

Meteo Empoli



Mappa del sito

- | | | | | |
|--|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Toscana ■ Cronaca ■ Attualità ■ Politica e Opinioni ■ Economia e Lavoro ■ Sanità ■ Scuola e Università ■ Front Office ■ Cultura ■ Sport ■ dalla Regione | <ul style="list-style-type: none"> ■ Empolese Valdelsa ■ Cronaca ■ Attualità ■ Politica e Opinioni ■ Economia e Lavoro ■ Sanità ■ Scuola e Università ■ Front Office ■ Cultura ■ EmpoliChannel ■ Sport ■ Calcio Uisp ■ Basket | <ul style="list-style-type: none"> ■ Zona del Cuoio ■ Cronaca ■ Attualità ■ Politica e Opinioni ■ Economia e Lavoro ■ Sanità ■ Scuola e Università ■ Front Office ■ Cultura ■ Calcio Uisp ■ Sport | <ul style="list-style-type: none"> ■ Firenze e Provincia ■ Cronaca ■ Attualità ■ Politica e Opinioni ■ Economia e Lavoro ■ Sanità ■ Scuola e Università ■ Front Office ■ Cultura ■ Fiorentina ■ Sport | <ul style="list-style-type: none"> ■ Altre zone ■ Chianti Valdelsa ■ Pontedera Volterra ■ Pisa Cascina ■ Prato Pistoia ■ Siena Arezzo ■ Lucca Versilia ■ Livorno Grosseto |
|--|---|---|---|--|
-
- | | | | |
|---|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ Sezioni del sito ■ Sport ■ GoBlog ■ Della Storia d'Empoli ■ Go(od) News ■ Sondaggi ■ Gallerie ■ Video | <ul style="list-style-type: none"> ■ Feed RSS ■ Primo Piano ■ Toscana ■ Firenze ■ Prato Pistoia ■ Empolese Valdelsa ■ Chianti Valdelsa ■ Siena Arezzo ■ Zona del Cuoio ■ Pontedera Volterra ■ Pisa Cascina ■ Livorno Grosseto ■ Lucca Versilia | <ul style="list-style-type: none"> ■ Altri siti del gruppo XMedia Group ■ tempoliberotoscana.it ■ empolichannel.it ■ radiolady.it | <p>Contatta o scrivi alla redazione</p> <p>Contatti</p> <p>redazione@gonews.it</p> |
|---|--|--|--|



gonews.it è un prodotto editoriale di XMedia Group S.r.l - Via Edmondo De Amicis, 38, Empoli - info@xmediagroup.it P.IVA-C.F.: 05096450480
gonews.it, quotidiano on line registrato presso il Tribunale di Firenze al nr. 5854 del 25/10/2011

© 2016. Tutti i diritti riservati.



Benvenuti nel Pd, il partito dove i vincitori non comandano

*I 'dem' che stravincono, le correnti zittite, il rito dell'unità
e lo strano ruolo dei segretari
defilati nella battaglia interna*

di BRUNO BERTI

NELL'EMPOLESE Valdelsa il sistema bizantino deciso dal Pd per eleggere il segretario nazionale ha prodotto un risultato che crea problemi. In pratica la conta nei circoli, con il voto del tesseraio, ha prodotto un risultato a favore (51,26%) dell'onorevole Maurizio Martina, allora segretario, mentre quello delle primarie aperte agli elettori ha visto la prevalenza di Nicola Zingaretti con il 53,72%. Vale a dire che il primo esito è stato capovolto dal secondo, un po' più autorevole in quanto emerso da una platea molto più vasta di partecipanti. In conseguenza, le cose sono cambiate a Roma ma sono rimaste uguali, sal-

vo cambiamenti marginali, a livello locale. Ad esempio i segretari comunali del partito e quello di federazione, eletti in un'altra epoca politica, sono rimasti praticamente tutti al loro posto. In altri tempi, con mutamenti simili si sarebbe trovato il modo di rimettere le cose a posto, nel senso del rispetto dell'espressione degli elettori, in questo caso quelli delle primarie. Stavolta la mediazione sembra essere stata, a quello che si può vedere (a nostra conoscenza non ci sono documenti politici che lo stabiliscano) un ruolo di secondo piano dei massimi dirigenti del partito. E non parliamo dell'attività esterna: il segretario della federazione Jacopo Mazzantini si è sfini-

to di riunioni per dar vita ai vari accordi che hanno delineato le alleanze con le quali il Pd ha sbaragliato quelle che dal loro punto di vista erano le armate dei barbari invasori. La condizione di 'immersione' dei segretari si è palesata nella seconda parte delle primarie, quelle aperte, con i dirigenti



impegnati in funzione notarile, diciamo, e defilati per quel che riguarda la chiara espressione della loro collocazione interna.

C'È POI da considerare anche una sorta di rito di zona che prevede il continuo richiamo all'unità fatto da chi è (a questo punto era) maggioranza, i renziani, che hanno mostrato di gradire molto atteggiamenti non barracadieri. E' chiaro che questo, tatticamente, significava, tarpare le ali a chi avesse avuto intenzione di esprimersi chiaramente. Si badi che questo non vuol dire aver impedito ai dirigenti di esprimersi, più semplicemente le abitudini della casa (ditta no, era un termine caro al reprobato Bersani) prevedevano toni decisamente soft. Questa 'cura' ha anche avuto l'effetto di mettere la sordina all'espressione pubblica di un ruolo del partito, al di là di riunioni più o meno carbonare, per le elezioni. Il faro è stato puntato sui sindaci, che hanno compiuto le loro scelte, talvolta capovolgendo l'andazzo, come quello per cui a sinistra non si parlava. D'altra parte in gioco c'era la rielezione e la possibilità di continuare a governare.

IN QUESTA vicenda i seguaci di Zingaretti, i vincitori all'interno del partito, non sono stati con le mani in mano. Però, aver vinto a un paio di mesi dalle elezioni, in marzo, non li ha messi in grado di ingaggiare davvero una battaglia. I candidati sindaci del Pd, ad esempio, erano praticamente tutti renziani, magari in disarmo vista la malaparata delle elezioni politiche dell'anno scorso. Fra loro, chi si è espresso è transitato sotto le insegne di Martina, e non tutti per scelta di comodo. Archiviata la pratica, essenziale, dei Comuni, adesso ci sarà da vedere come andranno le cose. E non si tratta di banale sete di potere, bensì di possibilità di mettere in atto le politiche sulle quali si è ottenuto il consenso maggioritario.



Le primarie del cambio

Tra gli iscritti, a livello locale, aveva vinto Martina, con oltre il 51% dei consensi

Nella consultazione degli elettori di centrosinistra, invece, il successo era andato a Zingaretti

I dirigenti locali, però, erano già stati eletti, e quindi l'effetto del cambio non è stato significativo



Il precedente

Le consultazioni di cinque anni fa

Nel 2014 il risultato della doppia tornata elettorale (europee-amministrative) era stato contraddittorio a parti invertite rispetto a quel che è accaduto domenica. Allora il Pd ebbe un risultato stratosferico, il 40%, in Europa ma in alcuni casi stentò nei comuni



Situazione 'ingessata'

In altre epoche ci sarebbe stato, magari non fulmineo, un ricambio degli organismi dirigenti

D'altra parte, aver vinto a marzo, con le elezioni a maggio, non ha permesso mutamenti radicali

Negli ultimi tempi è diminuito il tasso di esposizione politica esterna dei segretari



Il problema

Forze politiche con pochi legami

I partiti sono arrivati alle elezioni con un tasso di attenzione alla società non molto alto. D'accordo, siamo nell'epoca dei partiti liquidi, ma anche il Pd, il più grosso, a causa della scelta di non considerare i corpi intermedi, ha avuto molte difficoltà

zittite, il rito dell'unità e lo strano ruolo dei segretari



ANALISI
Jacopo Mazzantini è il segretario del Pd Empolese Valdelsa: è stato lui, da solo, a partecipare alla conferenza stampa del partito dopo il successo elettorale



SORRISI
Andrea Poggianti
e Federico Pavese
saranno insieme
nei banchi
dell'opposizione
in consiglio

LA MINORANZA I CONSIGLIERI DI FDI E LEGA 'Faremo un'opposizione ferma ma propositiva e non distruttiva'

LA SUA è stata una sconfitta, ma i numeri che Andrea Poggianti ha fatto registrare al suo partito, Fratelli d'Italia, non sono stati affatto negativi, tanto da riuscire a farsi eleggere in compagnia del veterano Federico Pavese. Ecco perché i due, all'indomani del voto, hanno voluto ringraziare gli elettori. «Come neoeletti nel consiglio comunale di Empoli – dicono – ci teniamo a farlo nei confronti dei 1708 cittadini empolesi, pari al 7,1%, che alle elezioni comunali hanno scelto la lista di Fratelli d'Italia, quasi raddoppiando il dato delle europee. Non ab-

biamo vinto, ma promettiamo di essere opposizione propositiva e critica, allo stesso tempo».

UN grazie ai 3479 elettori che hanno scelto la Lega è arrivato anche dai neoeletti consiglieri comunali Andrea Picchielli, Vittorio Battini e Gabriele Chiavacci: «Faremo un'opposizione ferma, ma non distruttiva: un'opposizione costruttiva per il bene degli empolesi. Il risultato storico della Lega a Empoli con quasi il 15% ci rende orgogliosi. Questo non è sicuramente un punto di arrivo, ma un punto di partenza per il futuro».



QUI CASTELFIORENTINO

Ecco la nuova giunta di Falorni
Molte le riconferme: i nomi

LO SLOGAN del rieletto sindaco di Castelfiorentino, Alessio Falorni, durante la campagna elettorale è stato «Castello corri». E lui non ha perso tempo e a quarantotto ore dallo scrutinio ha già nominato quattro dei cinque assessori della nuova giunta. Il primo cittadino valdelsano ha riconfermato tutta la vecchia squadra, tranne Gianluca D'Alessio. L'ex assessore al commercio (con deleghe a turismo, ambiente e agricoltura) ha rinunciato all'incarico bis, perché nel suo futuro c'è un importante ruolo che andrà a ricoprire in un'associazione del territorio. Torneranno a occupare i loro uffici in Municipio Francesca Gianni, già assessore alla scuola, Simone Bruchi, che tra le varie deleghe aveva anche quella allo sport, Claudia Centi vicesindaco con delega alla cultura e Alessandro Tafi, assessore alla sanità e politiche sociali. Nei prossimi giorni Falorni svelerà il quinto componente del governo locale e le nuove deleghe attribuite a ciascun assessore.



«La diversità nel voto? Ha riguardato tutti»

Il professor Baccetti: «Flussi mai a senso unico»

«**ALLE ELEZIONI** europee c'è stata una grande varietà di spostamenti tra tutti i partiti, senza distinzioni. E' una delle caratteristiche costitutive di un voto non ideologizzato», come avviene da qualche tempo a questa parte. Parliamo con il professor Carlo Baccetti, docente a Scienze politiche a Firenze, della disparità di risultati, nello stesso giorno e quindi con gli stessi elettori, tra le consultazioni europee e quelle amministrative.

«La diversità della posta in gioco nella tornata elettorale ha avvantaggiato il Pd che alle comunali ha potuto giocare sull'effetto sindaco uscente, quindi una personalità molto conosciuta, che magari ha pure governato bene o ha saputo gestire i problemi. Senza contare l'assenza di scandali. Si preferisce il candidato rodato. In pratica, è come se alle europee si sia votato per le questioni generali, tra cui un'Europa da qualche tempo diventata 'antipatica' per molti, e alle amministrative si sia guar-



PROFESSORE Carlo Baccetti

dato ai temi del governo locale. Senza dimenticare che per Strasburgo da tempo gli italiani sono abituati a votare senza badare tanto per il sottile, nella convinzione, non fondata, che l'influenza sul proprio Paese non sia poi molta».

Sul fronte dei comuni abbiamo assistito anche a un uso smodato delle liste civiche. «Vero, ma in un'epoca di partiti con pochi legami e scarsa capacità d'ascolto, Pd compreso, le liste civiche

sono state una scorciatoia benvenuta e che ha dato frutti. Tanto più che l'elezione diretta dei sindaci incoraggia il ricorso alle liste civiche: ognuna di loro porta un contributo e permette di 'coprirsi' a destra o a sinistra, oppure su entrambe le ali. In più, c'è da considerare che i leghisti presentavano in genere candidati poco conosciuti. Nell'insieme delle civiche c'è da guardare con interesse a "Questa è Empoli", un'idea brillante. E' il frutto di un'associazione che vive in città, che guarda all'elettorato moderato. In questo senso non si può parlare solo di elettori leghisti (come ha detto il candidato di centrodestra, Andrea Poggianti, n.d.r.), che pure penso ci siano stati. Lo strumento offerto è stato così un modo per non sbugiardare se stessi votando direttamente per il candidato del Pd, Brenda Barnini. Certo, con candidati diversi delle opposizioni, ad esempio personalità note, in particolare del mondo economico, la musica poteva cambiare».

Bruno Berti



SOS SICUREZZA PAURA A PAPPIANA

Anziana rapinata

Ferita e gettata a terra

«L'HO SENTITA urlare». A parlare è Valeria Serofilli, che si è trovata ad assistere un'anziana appena rapinata. «Mi trovavo nel parcheggio della Conad», racconta la professoressa che ha segnalato il fatto anche su facebook, sul gruppo Sei di Pontasserchio se per mettere in guardia le altre persone. «Quando ho udito delle grida. Così mi sono avvicinata e ho visto una signora a terra. Le avevano appena strappato la borsa. Le si è avvicinata una macchina». La donna si ritrova sdraiata, sotto choc. I commenti sui social sono tanti. «Accaduto una settimana fa anche alla Coop di Lucca, viale Puccini... signora anziana, fatto la spesa, non appena deposta la borsetta sul sedile di fianco, una tizia, apre rapida la porta, preleva la borsa e scappa salendo su un'auto in sosta posta proprio dietro in modo da incastrare e impedire movimento della signora! Appena in auto, il consiglio è di chiudersi subito dentro prima di poggiare la borsa...», dice una donna. Qualcuno avverte: «Non è la prima volta, mi è stato detto!!!». E altri, invece, sperano che il fatto sia stato ripreso dalla videosorveglianza.

«CERTO è – aggiunge la prof Serofilli – che servirebbero maggiori controlli proprio nei parcheggi dei supermercati. In un altro – aggiunge – mi è accaduto di trovare i finestrini della macchina manomessi».

a. c.



Controlli dei carabinieri (repertorio)



SCUOLA24.ILSOLE24ORE.COM

Tumori, 8 giovani ricercatori italiani premiati negli Usa

Otto giovani ricercatori italiani saranno premiati negli Stati Uniti, ricevendo il prestigioso riconoscimento Merit Award, per l'importanza e l'innovatività delle loro ricerche, in occasione del 55/mo Congresso mondiale della Società americana di oncologia clinica (Asco) al via a Chicago con la partecipazione di oltre 40mila specialisti da tutto il mondo.

A ricevere il Merit Award saranno Maria Alessandra Calegari, (Oncologia medica, Fondazione policlinico universitario Gemelli, Irccs), Brunella Di Stefano (Fondazione policlinico universitario Gemelli-Irccs-Uoc Oncologia medica), Roberto Ferrara (Fondazione Irccs-Istituto nazionale dei tumori), Federica Marmorino (Azienda ospedaliera universitaria pisana), Daniele Rossini (Azienda ospedaliera universitaria pisana), Gemma Zucchelli (Azienda ospedaliera universitaria pisana), Matteo Lambertini (Policlinico San Martino-Università di Genova), Marco Bandini (Università San Raffaele di Milano).

Rossini, 31 anni, riceve il premio dell'Asco per il terzo anno consecutivo: il riconoscimento va alle sue ricerche, in team con le altre ricercatrici dell'università di Pisa premiate, che segnano un passo avanti nella lotta contro il cancro al colon retto, la seconda forma tumorale più diffusa in Italia con 51.300 nuovi casi nel 2018.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

RICOVERATA IN PSICHIATRIA

Polizia e vigili salvano giovane in difficoltà

PISA. È stato necessario l'intervento della polizia e dei vigili del fuoco per mettere in salvo una giovane con problemi psichiatrici. È successo ieri mattina quando alla sala operativa della questura è arrivata la segnalazione del 118. Non rispondeva al telefono, né al campanello dell'abitazione in centro.

Personale delle volanti e dei vigili del fuoco, dopo aver staccato gas e elettricità nel palazzo, e individuata con difficoltà la finestra dell'appartamento, è salito con un'autoscala sopra il tetto reso viscido dalla pioggia. Saltando su un terrazzino dell'abitazione sono riusciti in poco tempo ad accedere all'interno dell'appartamento. Il delicato intervento si è concluso con la apertura forzata della porta del bagno e la consegna della paziente alle cure del medico per il trasferimento in ospedale. —



SOLIDARIETÀ

Sandra realizza il suo sogno Una visita all'acquario

Un altro obiettivo raggiunto grazie al Team Deri con il dottor Malacarne di Pisa
La donna di Bientina, malata di Sla, è riuscita a visitare la struttura di Genova

BIENTINA. Il blu della vasca dei delfini, l'emozione di vederli volteggiare, la tranquilla lentezza del nuoto delle foche e l'allegria oasi dei pinguini. Sandra, 55 anni, di Bientina, aveva immaginato questo, ed il Team Deri capitanato dalla presidente Stefania Mazzucchi, ha voluto trasformarlo in realtà, per dimostrare che di fronte alla volontà ed all'amore per la vita tutto è possibile. Come sempre, il dottor Paolo Malacarne, direttore della unità operativa di anestesia e rianimazione di Pronto Soccorso dell'AouP, ha offerto il suo generoso, costante ed indispensabile supporto clinico, e la macchina dei sogni è partita. Sandra, nonostante la malattia, non ha mai perso il coraggio di avere dei desideri e di esprimerli. Sa che ha diritto a vivere, dando un valore immenso al suo tempo. Sandra sa bene anche che rinunciare non servirebbe a nulla, il mondo è oltre le mura di casa o dell'ospedale, e in considerazione degli ostacoli che si trova di fronte è consapevole che è utile pensare a come superarli, e non rimanere inermi. Questa è la vera forza di Sandra, sa stare in gruppo, ride con occhi sfavillanti e trasmette solo gioia. E questo l'ha capito anche il dottor Stefano Angelini, biologo dell'Acquario di Genova che insieme alla direzione dell'Acquario hanno accolto la richiesta del Team, organizzando una visita speciale che si è snodata nel labirinto dell'Acquario anche dove gli utenti "normali" non possono avere accesso. Anche questo sogno con il Team Deri è diventato realtà. —



Alcuni momenti della visita all'acquario di Genova che è stata possibile grazie all'impegno della "macchina dei sogni" cioè del Team Deri di Cascina





Quel vizio pericoloso che aumenta i rischi di gravi malattie

Il tabagismo è la prima causa di tumori ai polmoni e infarti ma in molti centri, anche in Toscana, si impara a smettere

Fumo, il killer che toglie sette anni di vita

In Italia ogni anno muoiono 80mila persone per patologie legate al tabacco. E la nicotina è una droga che dà dipendenza
Francesco Pistelli (dipartimento Pneumologia di Pisa): «Chi smette in tre anni riduce il rischio di malattie cardiovascolari»

Il tabagismo è una delle cause principali di numerose malattie, in particolare quelle cardiovascolari, ma anche il tumore al polmone. In quest'ultimo caso il rischio di contrarlo sale da 12 ogni centomila abitanti fino a 135. E, già cinque anni dopo aver smesso i casi sono quasi dimezzati, 72 ogni centomila persone. Il dottor Francesco Pistelli dell'unità operativa Pneumologia, Dipartimento Cardio Toraco Vascolare – Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, referente del “Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo” mette in guardia dagli altissimi rischi a cui vanno incontro coloro che fumano. Ma in Italia, e anche in Toscana, esistono numerosi centri che aiutano a smettere: a Pisa c'è uno dei punti di riferimento più attivi. È il Centro per lo studio ed il trattamento dell'abitudine al fumo di tabacco dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, che ha come responsabili la dottoressa Laura Carrozzi e lo stesso dottor Francesco Pistelli. E i primi tre mesi di trattamento sono quelli decisivi, ma vanno evitate le ricadute. **SCHIAVINA / ALLE PAG. 2-3**

Maria Antonietta Schiavina

Secondo il Ministero della salute in Italia ogni anno muoiono per il fumo più di 80.000

persone e l'Istituto superiore di sanità indica le sigarette come responsabile di un terzo delle morti per cancro. Questi i dati allarmanti della Giornata Mondiale senza tabacco, promossa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità dal 1987 e celebrata ogni anno il 31 maggio, per richiamare l'attenzione sull'epidemia da tabacco, stimolando i Governi ad intraprendere concrete iniziative per contrastare il tabagismo e informando la popolazione sui danni concreti che questo comporta.

Per far chiarezza sull'argomento, complicato, dibattuto ma non ancora risolto, ecco una guida preparata con il dottor **Francesco Pistelli** dell'unità operativa Pneumologia, Dipartimento Cardio Toraco Vascolare – Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana, referente del “Centro per lo Studio ed il Trattamento del Tabagismo”.

Quante sono le patologie attribuite al tabacco?

Esistono ben 28 malattie causate dal fumo. Non è un problema di associazione ma una dimostrazione scientifica di causa. Fra queste tutte le malattie oncologiche più quelle croniche e le cardiovascolari.

Cos'è il monossido di carbonio?

È un gas prodotto dalla combustione e noi a chi fuma lo misuriamo regolarmente con il

seguente risultato: una persona che fuma ed è esposta all'inquinamento atmosferico ha dei valori molto più alti di chi non fuma. Anche dieci volte di più secondo il numero di sigarette inalate.

Quando si smette di fumare cosa succede?

Nel giro di tre giorni si ha una normalizzazione dei valori aumentando l'ossigenazione del sangue ridotta dal monossido di carbonio, tanto che chi smette quasi sempre acquisisce maggiore resistenza fisica, tolleranza allo sforzo. E molto spesso fumatori che praticano sport dopo lo stop alle sigarette riferiscono prestazioni nettamente superiori.

Quanti anni impiegano i polmoni di un fumatore che ha smesso a ripulirsi?

La disintossicazione varia secondo la patologia o il disturbo preso in considerazione. Nel giro di 3 anni, per esempio, il problema legato a patologie cardiovascolari tende a rientrare, mentre per un rischio legato allo sviluppo di un tumore al polmone si arri-



va anche fino a dieci anni.

Quanto è legato il fumo all'aspettativa di vita?

Gli studi scientifici dicono che un fumatore rispetto a un non fumatore vive in media circa 7 anni in meno, poiché aumenta la probabilità di sviluppare malattie importanti che ne riducono la sopravvivenza. Smettendo di fumare entro i 30/35 anni però, si riduce drasticamente il rischio in termini di ridotta sopravvivenza. E questo è un messaggio importante per i giovani che dovrebbero smettere prima possibile.

Sigarette light. Non fanno male?

Oggi non c'è più scritto sui pacchetti di sigarette la parola "light" proprio perché altrimenti verrebbe dato un messaggio fuorviante. Gli studi infatti dimostrano che non c'è nessuna differenza tra le sigarette light e le cosiddette "normali".

E quelle elettroniche?

L'industria del tabacco le sta proponendo come prodotto a rischio minimo, ma la cosa è ancora tutta da dimostrare a livello scientifico, e definire le sigarette elettroniche prodotti sicuri è sicuramente az-

zardato.

La nicotina è una droga?

Il meccanismo con cui la nicotina produce dipendenza patologica è esattamente simile a quello di eroina e cocaina.

Viene metabolizzata dal fegato?

Sì e molto rapidamente. Un fumatore che dorme di notte 7-8 ore, quando si sveglia ha zero nicotina disponibile e quanto prima necessita di integrarla, tanto più ne è dipendente. C'è chi racconta che appena sveglia deve accendere la sigaretta e chi invece lo può fare dopo un'ora, perciò ogni caso è diverso e va seguito da solo.

Chi smette di fumare ingrassa?

L'aumento dell'appetito è uno dei sintomi dell'astinenza da nicotina. Se si smette di fumare nel giro di poche ore si va in astinenza. Fra i sintomi da astinenza c'è irrequietezza, difficoltà di concentrazione, aumento della frequenza cardiaca, ma anche la voglia di mangiare e, mentre la gran parte degli altri sintomi rientrano nel giro di poco tempo (un mese e mezzo o due dall'ultima sigaretta fumata), l'aspetto legato all'aumento

dell'appetito può andare avanti per molto tempo, con conseguente aumento di peso.

Qual è il numero massimo di sigarette che si possono fumare senza rischi?

Zero. Alcuni studi, infatti, hanno dimostrato che anche una sigaretta al giorno fa male. Più si fuma e più aumenta il rischio, ma non c'è mai una soglia di non rischio e questo avviene anche con pipa e sigaro, poiché si tratta sempre di tabacco che brucia e ci sono studi su fumatori esclusivi di sigaro che dimostrano malattie correlate.

Quali sono gli effetti del fumo passivo nei bambini?

I bambini esposti al fumo passivo soffrono con maggior frequenza di otiti, attacchi d'asma, tosse e altri problemi respiratori. L'esposizione al fumo subito prima e dopo la nascita è correlata anche a problemi di sviluppo nel feto e a un rischio aumentato di morte improvvisa nei lattanti (la tanto temuta "morte in culla").

E nell'adulto?

L'esposizione è caratterizzata da un effetto dose-risposta. Più è intensa e prolungata, maggiori sono le conseguenze derivate dalla nocività. —

VERO

I non fumatori hanno una prospettiva di vita superiore di circa 7 anni rispetto ai fumatori

Smettendo di fumare prima dei 40 anni si annulla gran parte del rischio cardiovascolare

La nicotina induce più dipendenza dell'eroina

Le sigarette producono più PM10 (polveri sottili) di un motore diesel Euro3

Il costo giornaliero di una terapia farmacologia per smettere di fumare costa quanto un pacchetto di sigarette

Fumare davanti ai bambini fa aumentare in loro il rischio di ammalarsi

FALSO

La riduzione del contenuto di nicotina rende le sigarette "light" meno dannose

Poche sigarette al giorno non fanno male

La sindrome da astinenza da nicotina è più intensa di quella da eroina

L'inquinamento ambientale è così elevato, che fumare, a confronto, rappresenta una goccia nel mare

Le sigarette elettroniche sono sicure e possono essere usate in qualsiasi ambiente

Le sigarette costruite artigianalmente col tabacco trinciato sono meno dannose



ALL'AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA DI PISA

Per buttar via la sigaretta servono i farmaci ma anche le motivazioni

Il centro è guidato da Laura Carrozzi e Francesco Pistelli
«I primi tre mesi sono decisivi. E poi occhio alle ricadute»

PISA. Fra i vari Centri antifumo distribuiti in tutta Italia (l'elenco toscano si trova sul sito della Regione) a Pisa c'è uno dei punti di riferimento più attivi. È il Centro per lo studio ed il trattamento dell'abitudine al fumo di tabacco dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, che ha come responsabili la dottoressa Laura Carrozzi e il dottor Francesco Pistelli e fa parte dell'Unità operativa di pneumologia e fisiopatologia respiratoria 1 universitaria, diretta dal professor Antonio Palla. «Nel nostro centro, così come accade in tutti i centri antifumo – afferma il dottor Pistelli – si cerca di favorire la cessazione del fumo di sigaretta con un programma di tipo medico-farmacologico, basato sulla prescrizione di sostituti della nicotina, assunti singolarmente o in varie associazioni, con un intervento di counselling cognitivo-comportamentale e motivazionale».

Partiamo dalle terapie farmacologiche: come aiutano i fumatori a fare a meno della sigaretta?

Non hanno uno scopo sintomatico sulla voglia di fumare e questo deve essere ben capito da chi si sottopone alla terapia. La cosa più semplice sarebbe

quella di dire “prendo la compressa e smetto”, ma non è così.

Cosa prevede esattamente il percorso?

Prima di tutto il controllo dell'astinenza fisica con una parte farmacologica, e poi un impegno in strategie comportamentali, durante le quali il fumatore viene preparato ad affrontare la situazione e seguito nell'impegno di smettere di fumare, con metodi personalizzati, disegnati anche sulle abitudini personali, perché ogni caso è diverso dall'altro.

Sono previsti anche farmaci antifumo. Ma per quanto tempo si devono assumere?

In genere vengono prescritti nei primi tre mesi, perché dopo ha poco senso. Il grosso della terapia antifumo, infatti, si svolge in quel periodo.

I farmaci vengono passati dal Sistema sanitario nazionale?

No e questo è un punto dolente, perché chi li assume non ha diritto a rimborsi.

E le terapie?

Per quelle c'è un rimborso da parte della Regione toscana che permette di accedere ai servizi dei Centri antifumo sparsi in molte località, anche senza impegnativa. E questo per ciò che riguarda la prima valutazio-

ne. Mentre poi, per il percorso vero e proprio, le visite, otto, fanno parte di un pacchetto per le quali si paga il ticket secondo la fascia di reddito, così da completare tutto il percorso che prevede cinque incontri nei primi tre mesi e poi altre verifiche a distanza di sei mesi, fino a un anno dalla cessazione del fumo.

Ci sono dunque controlli a lungo termine?

Sì. E questo perché il problema più temuto è la ricaduta, che fa parte delle caratteristiche della dipendenza patologica da nicotina, una malattia cronica recidiva. A tale proposito bisogna agire sull'eccessiva sicurezza che acquisisce l'astinente fumatore. Una sicurezza che magari gli fa accendere una sigaretta ogni tanto pensando di non ricascarci.

E invece?

E invece basta che la sigaretta venga accesa, senza neppure aspirare, perché la nicotina sia in grado di raggiungere i recettori a livello cerebrale in dieci secondi. Non c'è nessun tipo di somministrazione della nicotina che possa riprodurre una tale velocità di assunzione e per questo bisogna seguire gli ex fumatori, non solo per aiutarli a smettere, ma anche per impedire loro di ricadere. –

Maria Antonietta Schiavina



I BENEFICI**Dopo l'ultima cicca
i miglioramenti
già nei primi giorni****Entro 20 minuti**

- si normalizzano pressione arteriosa e battito cardiaco;
- torna normale la temperatura di mani e piedi

Entro 8 ore

- scende il livello di anidride carbonica e si normalizza il livello di ossigeno nel sangue

Entro 24 ore

- diminuisce il rischio di attacco cardiaco

Entro 48 ore

- iniziano a ricrescere le terminazioni nervose;
- migliorano olfatto e gusto

Entro 72 ore

- si rilassano i bronchi, migliora il respiro;
- aumenta la capacità polmonare

Da 2 settimane a 3 mesi

- migliora la circolazione

Da 3 a 9 mesi

- diminuiscono affaticamento, respiro corto e tosse

Entro 5 anni

- la mortalità da tumore polmonare scende da 137 per centomila persone a 72.

Entro 10 anni

- le cellule precancerose vengono rimpiazzate;
- diminuisce il rischio di altri tumori.

Dopo 10 anni

- la mortalità da tumore polmonare scende a 12 per centomila che è la normalità.



Smettere di fumare si può. E ci sono centri che aiutano a farlo

LA TASK FORCE

Pronto intervento
emergenze sociali
Già risolti 11 casi

■ A pagina 9

Decolla il pronto intervento sociale

Da aprile risolti 11 casi: primo bilancio della Società della Salute

PRONTO intervento sociale attivo per 365 giorni all'anno. È la novità presentata dalla Società della Salute della Zona Pisana, che ha terminato gli incontri formativi per dare l'avvio completo al servizio insieme alle forze dell'ordine. Grazie alla nuova prestazione le amministrazioni e le forze dell'ordine della zona pisana, impegnate in situazioni di emergenza che richiedano un intervento integrativo di natura socio-assistenziale, possono contattare gli assistenti sociali per tutto l'anno anche fuori dall'orario di lavoro. Dal lunedì al venerdì, infatti, due professionisti copriranno anche il turno pomeridiano dalle 13 alle 19 in una sede del servizio territoriale. Mentre nei giorni festivi e prefestivi, dalle 9 alle 19, è prevista la reperibilità te-

lefonica attraverso un numero di cellulare dedicato.

Il pronto intervento, gestito per la Società della Salute della Zona Pisana dalla cooperativa sociale «Agape», riguarderà situazioni in cui sono coinvolti bambini maltrattati o abusati, minori non accompagnati, conflitti familiari con esiti violenti, soggetti vittime di violenze, nuclei familiari in emergenza abitativa, persone scomparse. Dallo scorso 1° aprile, data in cui è entrato in funzione, il servizio è intervenuto 11 volte, a partire da segnalazioni delle forze dell'ordine.

SEI LE situazioni che hanno riguardato minori: due sono stati i casi di fuga da comunità educative, due gli interventi per vittime di maltrattamenti

in famiglia che sono state collocate in emergenza in struttura, e due invece i casi di stranieri non accompagnati vittime di violenze. Il servizio inoltre è stato attivato due volte per situazioni di violenza in famiglia (codice rosa), per due casi di emergenza abitativa e per una lite familiare, che ha coinvolto un anziano e un disabile adulto.

«**ABBIAMO** scelto di implementare questo servizio – afferma l'assessore alle politiche sociali del Comune di Pisa e presidente della Società della Salute della Zona Pisana, Gianna Gambaccini – allo scopo di fornire risposte adeguate nella rilevazione degli stati di bisogno e la collaborazione con le forze dell'ordine è fondamentale».





FILO DIRETTO La presidente Gambaccini con il personale della polizia municipale

IL CASO A NOVEMBRE IL PROCESSO**Deceduta dopo il ricovero all'ospedalino
Un medico rinviato a giudizio**

MORI' per un infarto il 24 marzo del 2017 dopo un ricovero nella struttura della Misericordia di Navacchio. Un fatto per il quale la famiglia aveva chiesto fin da subito di fare chiarezza per capire se ci fu o meno responsabilità medica nella morte della signora Anna Maria Pagni, classe 1939. Dopo una richiesta di archiviazione e una seconda perizia, ieri mattina il giudice per le udienze preliminari ha rinviato a giudizio un medico, difeso dagli avvocati Giovanni Izzi e Aldo Bronzini. Vi erano gli elementi per sospettare tale patologia? E la donna sarebbe sopravvissuta se trasferita in altra struttura o il suo stato di salute era già compromesso? Nel processo si cercherà di rispondere a questi quesiti.



SERVIZI

Arriva l'ambulanza infermieristica anche in Valdera

BIENTINA. Sta per partire un nuovo servizio di emergenza sanitaria denominato India, cioè l'ambulanza con infermiere a bordo. La presentazione si terrà alle 8.30 di sabato 1 giugno a Bientina nella Piazza del Comune. Lo stesso servizio, nello specifico, aumenterà la sicurezza dei cittadini prevalentemente nei comuni di Bientina, Buti, Calcinaia, Santa Maria a Monte, ma ovviamente potrà anche essere utilizzato nei comuni limitrofi come Pontedera Ponsacco. In particolare sulle ambulanze, a turnazione in servizio stand by di emergenza, sarà presente un infermiere del servizio emergenza territoriale.

Il nuovo servizio, integra la risposta multispecialistica del servizio emergenza 118, anche in un'ottica di razionalizzazione delle risorse e delle necessità dei cittadini. «L'infermiere insieme all'equipaggio, composto da volontari, garantirà anche costantemente nella fascia diurna un pronto impiego in caso di trasferimenti di pazienti critici dall'ospedale di Pontedera verso presidi più specializzati per specifiche patologie. Quindi teniamo alla sua presenza, in questa presentazione del servizio durante la quale si terrà una conferenza stampa per informare la cittadinanza» spiegano Misericordia, Croce Rossa e Pubblica assistenza. —



Un'ambulanza

(ARCHIVIO)



FRATRES

Le 100 donazioni di Puccinelli

Alessandro Puccinelli ha fatto la 100esima donazione di sangue e ha festeggiato questo evento con il personale del Centro Trasfusionale e con i rappresentanti dei Fratres di Pontedera, la sua associazione di appartenenza. I Fratres scrivono: «Grazie, Alessandro, per la tua generosità».



LA DELIBERA

Ru486, la Toscana apre agli ambulatori

Dapprima
il Lazio con
l'erogazione
nei consultori
Adesso è la
Toscana a
fare un passo
per far uscire
la procedura
abortiva dagli
ospedali
riducendola
a fatto privato
Con le donne
lasciate sole

RICCARDO BIGI

La Giunta regionale della Toscana si appresta a discutere una delibera sulle modalità di somministrazione della pillola abortiva, la Ru486. L'intenzione è di ampliare le possibilità di erogazione del farmaco, non solo nelle strutture ospedaliere ma anche presso strutture territoriali. Questo permetterebbe di comprendere nell'elenco anche alcuni ambulatori, pur richiedendo alcuni requisiti, come la possibilità di un ecografo e di una stanza riservata per chi effettua l'interruzione di gravidanza. Un passo diverso da quello della Regione Lazio, che prevede la distribuzione anche nei consultori: la delibera toscana chiede comunque che l'aborto chimico avvenga in strutture medicalmente attrezzate. Rispetto alla situazione attuale, che in Toscana prevede la somministrazione in regime di day hospital (quindi presso strutture di tipo ospedaliero, pur sen-

za ricovero), sarebbe un ulteriore passo verso una distribuzione più ampia. Una decisione in contrasto con quanto richiesto dall'Aifa, l'Agenzia italiana del farmaco, che parlando del mifepristone (principio attivo della Ru486) dice che il suo uso deve seguire le indicazioni della legge 194, garantendo il ricovero in una struttura sanitaria «dal momento dell'assunzione del farmaco fino alla verifica dell'espulsione del prodotto del concepimento. Tutto il percorso abortivo deve avvenire sotto la sorveglianza di un medico del servizio ostetrico ginecologico».

L'unico commento per ora è venuto dalla consigliera regionale Serena Spinelli (Articolo 1), secondo cui «grazie a questo impegno in Toscana facciamo un passo avanti nella direzione della libera scelta delle donne e della tutela della salute di tutte». Non è di questo avviso invece padre Maurizio Faggioni, medico e teologo, docente di Bioetica alla Facoltà Teologica di Firenze e all'Antoniano di Roma: «In realtà – afferma – si cerca di banalizzare l'aborto chimico a scapito della salute delle donne, aggirando le indicazioni dell'Aifa. Che avvenga attraverso una pillola o con un intervento chirurgico, l'aborto resta tale, ed è importante che chi lo sceglie abbia consapevolezza di ciò che sta facendo, anche dal punto di vista medico. Far passare l'idea che sia tutto semplice, che basti assumere una pillola, senza rischi e complicazioni, è un inganno prima di tutto verso le donne».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per il tumore alla prostata meglio la chirurgia o la radioterapia?

**Entrambe
le soluzioni
possono essere
efficaci.
I pro e i contro
dipendono
da diversi fattori**



**Alberto
Lapini**
Presidente
SIUR, direttore
Prostate Cancer
Unit, Careggi,
Firenze

Al mio compagno è stata diagnosticata una neoplasia prostatica a basso rischio. Le terapie proposte sono state: intervento chirurgico di prostatectomia radicale laparoscopica (nerve sparing) o trattamento radioterapico. Quali conseguenze (negative) comportano?

Poiché si tratta di una neoplasia prostatica con scarsa propensione alla ripresa dopo le cure, è ampiamente dimostrata l'equivalenza delle due soluzioni. La prostatectomia radicale *nerve sparing* (e senza linfettomia, per il bassissimo rischio di interessamento linfonodale) potrà essere eseguita con tecnica tradizionale o laparoscopica o robot-assistita, che consente un più precoce recupero di funzione erettile e continenza. La tecnica *nerve sparing* ha l'intento di salvaguardare i nervi per l'erezione che decorrono in vicinanza della capsula prostatica permettendo il mantenimento della potenza e contribuendo al recupero della continenza. La radioterapia, viene effettuata con un numero di sedute diverso e a seconda del dosaggio stabilito dallo specialista. Essendo un tumore a basso rischio non è richiesta ormonoterapia.

Veniamo alle conseguenze indesiderate. Il recupero della funzione erettile dipende anche dall'età del paziente e dalla presenza di altre patologie (diabete o ipertensione).

La chirurgia, anche se ben condotta, è più gravata dal rischio impotenza. La radioterapia può causare un problema erettile

non immediato, ma progressivo a comparsa tardiva. L'incontinenza si riscontra in una bassissima percentuale di pazienti operati. La radioterapia non dà incontinenza, ma può dare difficoltà minzionale o sintomatologia irritativa vescicale o intestinale. Altri effetti: la perdita di urine al momento dell'orgasmo, orgasmo doloroso, meno intenso, perdita della libido. Per la potenza sessuale è bene iniziare precocemente un programma riabilitativo con farmaci che serve anche a mantenere ossigenati i corpi cavernosi e favorire la vasodilatazione, così da ridurre il rischio che il pene si «atrofizzi». Sono disponibili molti farmaci per uso orale e uno per uso intracavernoso in caso di insuccesso dei primi. Utile la pompa aspirativa che riduce la fibrosi e può contribuire al raggiungimento dell'erezione. Un percorso psicologico per la coppia può aiutare i partner a parlare della loro sessualità. Per l'incontinenza serve un programma riabilitativo precoce. In caso di insuccesso sono disponibili interventi chirurgici che possono portare a miglioramenti.

© RIPRODUZIONE RISE





IL CODICE CELIACHIA

DA sabato entra in vigore in Toscana il 'Codice celiachia', che consentirà ai pazienti con morbo celiaco o dermatite erpetiforme di prendere i prodotti alimentari specifici semplicemente esibendo un codice abbinato alla tessera sanitaria. Da quella data non saranno più validi i buoni cartacei in uso finora, che vanno dunque utilizzati entro domani. Dagli uffici della Regione fanno sapere che finora il 70% dei celiaci si è procurato il 'Codice celiachia' alla propria Asl, mentre sono circa quattromila le persone che ancora non l'hanno ritirato. Chi ancora non è in possesso del proprio 'Codice celiachia' può andare a ritirarlo al servizio farmaceutico della propria Asl di appartenenza.



SOS OSPEDALE

«Pronto soccorso in difficoltà»

Inedito appello del direttore di dipartimento Asl per le criticità di organico

SINTETIZZANDO con un ironico slogan si potrebbe dire «non sparate sulla Croce Rossa». L'appello del direttore del Dipartimento Asl dell'Emergenza urgenza, Ferdinando Cellai, riguarda la situazione delle strutture aziendali di Pronto Soccorso alle prese con gravi carenze di personale medico. «E' un momento difficile per il settore dell'Emergenza Urgenza e per questo è importante la collaborazione di tutti per far sì che non si creino disservizi o polemiche inutili e dannose». «Inutile nascondere – prosegue Cellai – che la situazione è complicata e facciamo grande fatica anche a coprire i turni medici nei nostri pronto soccorso e nelle strutture di emergenza sul territorio».

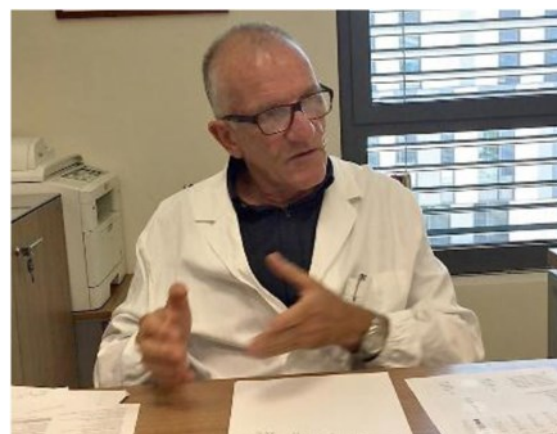
«**STIAMO** garantendo i servizi grazie alla disponibilità e all'impegno del nostro personale e facendo ricorso a tutte le possibilità che la normativa ci consente, ma chiediamo – e qui scatta l'appello – anche il supporto dei cittadini e delle istituzioni, ai quali chiediamo di starci vicini in questo frangente, in attesa che le iniziative intraprese a livello regionale ad aziendale ci diano un po' di respiro. La questione è in-

fatti da tempo all'attenzione della nostra Direzione aziendale e della Regione, che hanno attivato percorsi ad hoc». Cellai ribadisce quindi cosa si sta facendo nei due ambiti: «Per continuare a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del sistema di emergenza urgenza, la Regione ha messo in campo una serie di misure straordinarie, grazie a due delibere approvate alla fine del mese di aprile, che potrebbero fornire delle risposte utili: una per il reperimento di personale medico per il sistema di emergenza urgenza regionale, l'altra legata a provvedimenti (per tutta la durata della situazione di criticità nel sistema) che rappresentino un riconoscimento del valore dell'impegno del personale di Pronto Soccorso in relazione alle attuali carenze di organico». «La carenza di specialisti è arrivata ad una evidenza tale che con i vari bandi di concorso, di mobilità, di contratti libero-professionali, si riescono a reclutare pochi professionisti, assolutamente insufficienti a coprire il fabbisogno, che ora è arrivato complessivamente a più di 40 unità tra 118 e Pronto Soccorso».



Un altro modello per l'emergenza? «E' possibile»

«Per colmare la carenza degli organici oltre che lavorare per il reperimento di nuovo personale – cosa che necessita di tempi lunghi – è possibile si renda non più rimandabile la revisione di alcuni aspetti dell'organizzazione complessiva del nostro dipartimento»



Il direttore del Dipartimento Asl Emergenza urgenza, Ferdinando Cellai



SANITA'

Due giornate di astensione dei 'servizi'

INTANTO il personale entra in fase di agitazione sindacale con ben due scioperi generali proclamati nel settore multi servizi e delle cooperative sociali. In particolare braccia incrociate per l'intera giornata lavorativa per venerdì 31 maggio da parte delle organizzazioni sindacali che si occupano di pubblici esercizi, ristorazione collettiva, pulizie, CupTel, Servizi Integrati/Multiservizi e altro, e anche per lunedì 3 giugno da parte delle cooperative sociali. L'azienda Asl nell'informare delle iniziative sindacali «si scusa anticipatamente con i propri utenti per eventuali disagi che si dovessero manifestare all'interno delle strutture aziendali per servizi esternalizzati». Gli scioperi nel comparto sanità si stanno ripetendo a tamburo battente. L'ultimo era stato solo pochi giorni fa e a lanciarlo in quel caso era stato Usb Pi che ha indetto la mobilitazione per l'intera giornata del 10 maggio. Prima a lanciare l'astensione nazionale era stato il personale del comparto del Sistema sanitario da parte di Nursind e Nursing Up.



MASSA CARRARA

Asl, convenzione
per ridurre
le liste d'attesa

■ A pagina 6

Casani: «Il Noa è un ospedale in crescita»

Ieri la visita reparto per reparto del direttore generale dell'Asl. «I dati sono positivi»

I PROBLEMI

«Stiamo cercando di far fronte alla carenza di medici e ai tempi d'attesa ancora troppo lunghi»

UN INCONTRO all'insegna del dialogo e del confronto per garantire una migliore sanità ai cittadini. Il direttore generale dell'Asl Toscana nord ovest, Maria Letizia Casani, e il direttore sanitario Lorenzo Roti hanno visitato l'Ospedale Apuane e incontrato gli operatori, accompagnati da Giuliano Biselli, il direttore del presidio ospedaliero. Hanno ringraziato tutti per l'impegno e la professionalità con cui lavorano con buoni risultati, come dimostrano i dati del 2018 e dei primi mesi del 2019. Il direttore generale ha evidenziato il miglioramento generale a partire da pronto soccorso, chirurgia e radiodiagnostica. I ricoveri sono in leggero calo ed è un segnale di maggiore appropriatezza. «I buoni dati ci sono – ha detto Casani – sebbene la carenza di medici soprattutto in alcuni settori (emergenza-urgenza, ginecologia, pediatria, radiologia). E' un problema nazionale al quale l'azienda e la Regione stanno ponendo rimedio con alcune azioni: il corso regionale per medici non specializzati in pronto soccorso e, per le altre discipline, l'impegno della Regione per formare altri specialisti». «L'ospedale – ha aggiunto Roti – sta crescendo grazie ad attività ed eccellenze». La visita ha interessato psichiatria, pronto soccorso, radiodiagnostica, ambulatori, dialisi, chirurgia, medicina, ostetricia e ginecologia, pediatria, polo endoscopico, terapia intensiva e sub intensiva e radiologia interventistica. Ma ecco i dati dell'attività.

PRONTO soccorso, sono in aumento gli accessi: 56.739 nel 2016,

59.345 nel 2017, 61.810 nel 2018. Anche nel primo trimestre 2019 l'aumento è evidente rispetto agli anni precedenti: 14.433 nel 2019 contro i 13.944 dei primi tre mesi del 2018. In miglioramento i dati d'attività: la percentuale di accessi al pronto soccorso in codice giallo visitati entro 30 minuti è passata dal 67,40% del 2017 al 74,51% del 2018; la percentuale di accessi in codice verde visitati entro 1 ora è passata dal 77,06% del 2017 al 79,14% del 2018; la percentuale di accessi in codice verde non inviati al ricovero con tempi di permanenza entro 4 ore è costante, 81,7%.

Attività di ricovero: i ricoveri sono in leggera diminuzione. Nel 2018 sono stati 14.814 ordinari, contro i 15.091 del 2017 (- 277 ricoveri); mentre quelli in day hospital sono stati 2.259 contro i 2.182 del 2018 (+77). Attività chirurgica: gli interventi in ricovero ordinario sono in aumento nel confronto 2017-2018 e anche nei primi mesi del 2019; numeri più alti, sia nel 2018 che all'inizio del 2019 per gli interventi in day surgery e ambulatoriali. Gli interventi in ricovero ordinario sono stati 4.872 nel 2017; 5.030 nel 2018; nei primi 4 mesi del 2018 sono stati 1639 contro i 1726 dei primi 4 mesi del 2019. Gli interventi in day surgery sono stati 2.223 nel 2017 e 2249 nel 2018; primi 4 mesi del 2018 sono stati 781 contro i 877 del 2019. Gli interventi in ambulatoriale hanno raggiunto quota 7.228 nel 2017 e 7.488 nel 2018; nei primi 4 mesi del 2018 sono stati 2.523 contro i 2.828 del 2019.



VERTICE Da sinistra: Lorenzo Roti, Maria Letizia Casani e Giuliano Biselli



ASL CONVENZIONE PRONTA IN ESTATE

Liste d'attesa, accordo con la Monasterio per Tac e risonanze magnetiche

MARIA LETIZIA Casani ha sottolineato come il «tallone di Achille» sono i tempi delle liste di attesa della diagnostica pesante e la mancanza di medici del pronto soccorso. L'organico dovrebbe essere di 22 medici e invece sono 14, e di radiologia. Per il pronto soccorso la Regione ha messo a disposizione 43 medici sul territorio aziendale e una percentuale arriverà al Noa. Sulle liste di attese della diagnostica pesante il direttore generale ha segnalato un problema legato a risonanze magnetiche e Tac che verrà migliorato con una convenzione, in fase di definizione con la Fondazione Monasterio, che dovrebbe partire dal periodo estivo. Dai primi contatti si tratterebbe di 20 Tac e 20 risonanze in più settimanali. Si sta lavorando perché il numero concordato sia più alto. «Per le liste d'attesa – ha detto Casani – gli ultimi dati confermano che cominciano a dare i primi frutti le azioni attivate dal dicembre 2018 per migliorare i tempi delle prestazioni ambulatoriali sul territorio della nostra Asl. Ma il

percorso è ancora lungo. I primi dati di questo inizio anno, comunque, confermano che la strada intrapresa è quella giusta». Sono in leggero aumento gli esami di radiodiagnostica: 103.101 del 2018 contro 101.607 del 2017 (+1,47%). Il direttore generale ha spiegato che si sta lavorando per coprire i turnover nel settore infermieristico. Per quanto riguarda il monoblocco di Carrara, Casani ha detto che si sta lavorando a un percorso con il Comune che costerà 10 milioni.

**VISITA I direttori nei reparti**

L'accordo

Sulla sanità intesa al Mef scongiurato il commissario

L'allarme commissariamento per la Toscana è rientrato ufficialmente. Lo ha sancito un incontro dell'assessorato al Mef, nel quale si è parlato delle ragioni della lettera inviata dal premier Conte al governatore Rossi alla fine dell'aprile scorso. Nella missiva il presidente del consiglio considerava nel bilancio 2018 circa 160 milioni di euro di ammortamenti legati a investimenti immobiliari fatti tra il 2001 e il 2011 dalla sanità toscana. Rossi replicò che c'era un accordo, fatto anche con altre Regioni, per dilazionare quel debito. Al tavolo con il Mef la Toscana ha ottenuto di procedere come già deciso. E cioè di pagare 8,82 milioni di euro per 19 anni.

«Nella Toscana sul cui equilibrio contabile della sanità Enrico Rossi si è fatto fior di campagne elettorali, si è scongiurato per un pelo il commissariamento. E ora i cittadini si ritrovano sul capo 8.820.000 euro di debito di default da qui al 2037. Grazie compagni»: è il commento del coordinatore toscano di Forza Italia Stefano Mugnai, che aveva diffuso la notizia della lettera di Conte, e del capogruppo del partito in consiglio regionale Maurizio Marchetti. Martedì il consiglio toscano ha approvato una

variazione al bilancio della Regione per il pagamento dei debiti pregressi della sanità regionale. «Per senso di responsabilità nei confronti dei toscani, a cui il commissariamento avrebbe inflitto ulteriori contrazioni e tagli ai servizi che già adesso la sinistra ha ridotto al lumicino – osserva Marchetti – ci siamo dovuti astenere. Resta il fatto che da qui al 2037 ogni bilancio regionale avrà come presupposto questi quasi 9 milioni per il ripiano. Un'eredità pesante che i nonni lasceranno ai loro nipoti e che in generale i toscani non meritavano». Per Mugnai, «Rossi ha preso in giro i toscani ben sapendo che tra il 2001 e il 2011 il patrimonio netto delle Asl veniva eroso dal cambiamento dei principi contabili e dalla mancata inclusione negli stessi degli ammortamenti». – **m.b.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



▲ Governatore Enrico Rossi



SANITÀ

Pronto soccorso nel caos Medici “in fuga”, servizi a rischio

Il direttore Cellai lancia l'allarme. «Facciamo fatica a coprire i turni». Mancano nove dottori

SERVIZI A RISCHIO

Emergenza medici al Pronto soccorso Asl: «Facciamo fatica a coprire i turni»

I dottori chiedono la chiusura di un ambulatorio ma l'azienda boccia questa ipotesi e chiede la collaborazione di tutti

**Servirebbero almeno
22 medici e invece
se ne contano solo 13**

In arrivo i neolaureati

Pronto soccorso in emergenza per la carenza di medici: l'Asl chiede comprensione ai cittadini e collaborazione a tutto il personale. Il servizio è a rischio, i medici vorrebbero chiudere un ambulatorio ma per ora l'azienda è contraria. Che il Pronto soccorso di Lucca fosse in grave difficoltà era noto ma adesso i numeri descrivono la situazione meglio delle parole: i medici in servizio dovrebbero essere come minimo 22 e invece se ne contano 13. Finora si è sopperito con tre dottori del 118 che davano una mano a coprire i turni ma adesso una dottoressa non è in servizio e organizzare i turni è un'impresa. Se ne sta rendendo conto l'azienda sanitaria: «Il momento è difficile ed è necessaria la collaborazione di tutti per far sì che non si creino disservizi o polemiche inutili», spiega il direttore dell'emergenza urgenza Ferdinando Cellai. «Inutile nascondere – prosegue – che la situazione è complicata e facciamo grande fatica anche a coprire i turni medici nei nostri Pronto soccorso e nelle strutture di emergenza sul territorio. Stiamo garantendo i servizi grazie alla disponibilità del nostro personale».

PARRINI / IN CRONACA

Gianni Parrini

LUCCA. Pronto soccorso in emergenza per la carenza di medici: l'Asl chiede comprensione ai cittadini e collaborazione a tutto il personale. Il servizio è a rischio, i medici vorrebbero chiudere un ambulatorio ma per ora l'azienda è contraria.

Che la situazione del Pronto

soccorso di Lucca fosse di grave difficoltà lo avevamo raccontato già qualche settimana fa e i numeri descrivono quello che sta succedendo meglio di tante parole: i medici in servizio dovrebbero essere come minimo 22 e invece se ne contano 13. Finora si è sopperito con l'utilizzo di tre dottori del 118 che davano una mano a coprire i turni ma adesso una dottoressa è andata in maternità e così organizzare i turni è un'impresa. Se ne sta rendendo conto anche l'azienda sanitaria: «Il momento è difficile ed è necessaria la collaborazione di tutti di tutti per far sì che non si creino disservizi o polemiche inutili». A parlare è il direttore del Dipartimento dell'Emergenza Urgenza **Ferdinando Cellai**, responsabile di tutti i Pronto soccorso dell'Asl nord ovest. Quello di Lucca, infatti, non è un caso isolato: siamo di fronte a un'emergenza di carattere nazionale: «Inutile nascondere – prosegue Cellai – che la situazione è complicata e facciamo grande fatica anche a coprire i turni medici nei nostri Pronto soccorso e nelle strutture di emergenza sul territorio. Stiamo garantendo i servizi grazie alla disponibilità e all'impegno del nostro personale, facendo ricorso a tutte le possibilità che la normativa ci consente. A cittadini e istituzioni chiediamo di starci vicini in questo frangente, in attesa che le iniziative intraprese a livello regionale e aziendale ci diano un po' di respiro». Il riferimento è alle ormai famose delibere approvate dalla giunta fiorentina: la prima mette

sul tavolo risorse per pagare in maniera adeguata i professionisti che si metteranno a disposizione in questi mesi di super lavoro; l'altra offre la possibilità di assumere neolaureati formati al lavoro di Pronto soccorso con un corso di tre mesi che la Regione sta organizzando. «Ci sono già le prime iscrizioni», conferma Cellai.

La questione è annosa e forse non è mai stata affrontata in maniera adeguata: «Ai miei tempi ci si iscriveva a medicina in 1.200 – dice Cellai – poi è arrivato il numero chiuso e le scuole di specializzazione hanno adeguato le iscrizioni a quello che è un normale turn over. Ma non si è tenuto conto che il sistema sanitario si è evoluto, che la popolazione è aumentata e che nel giro di pochi anni andrà in pensione quell'ondata di medici entrata in servizio negli anni delle grandi riforme sanitarie». Si calcola che in un lustro appenderanno il camice al chiodo 45 mila dottori e non si sa come sostituirli: bandi e concorsi non permettono di reclutarne in modo sufficiente semplicemente perché non ce ne sono abbastanza. Se la Toscana va a pescare tra i neolaureati altre Regioni hanno deciso di richiamare in servizio i pensionati.



L'associazione dei medici (Anaao) l'ha definita la Caporetto della sanità pubblica.

Ma torniamo a Lucca. L'invito alla collaborazione non è casuale. La carenza di medici costringe l'azienda a impiegare a pieno regime il personale, magari spostandolo anche da un territorio all'altro. Ma non tutti gradiscono il tour de force e alcuni medici l'hanno fatto presente con tanto di lettera dell'avvocato. Non solo: in un'assemblea convocata d'ur-

genza il 29 aprile i dottori proposero di chiudere un ambulatorio del Pronto soccorso per far scendere a 3 il numero dei medici in servizio per ogni turno (anziché 4). Un modo per gestire meglio le poche forze a disposizione, ma che rischierebbe di avere ripercussioni negative per gli utenti. Asl respinge questa possibilità ma ammette «che è possibile si renda non più rimandabile la revisione di alcuni aspetti dell'organizzazione complessiva del nostro dipartimento». —



Il Pronto soccorso del San Luca



Il Pronto soccorso dell'ospedale di Lucca

(FOTO ARCHIVIO)

LA SOLUZIONE

Medici del 118 in arrivo da Massa per dare un mano

A dare una mano al personale del Pronto soccorso potrebbero arrivare i medici del 118 di Massa. È questa una delle possibilità che si sta valutando per non mettere a rischio il servizio. Maggiori difficoltà, invece, ci sono nel far arrivare a Lucca i medici del 118 di Castelnuovo. La struttura è elastica ma le risorse sono poche e con l'estate ci sarà da rinforzare le zone costiere.

L'INDAGINE

Atti vandalici al San Luca C'è un terzo episodio

LUCCA. Atti vandalici al San Luca, emerge un terzo caso.

Il sabotaggio messo in atto sabato scorso nei bagni del San Luca, con il conseguente allagamento delle scale, continua a essere avvolto nel mistero. Emerge però un nuovo particolare: gli eventi segnalati dall'azienda sono tre e non due. Oltre ai due casi menzionati nel comunicato ufficiale dell'Asl, ve ne sarebbe un terzo risalente alla settimana precedente.

Se così fosse l'ipotesi della "ragazzata" sembrerebbe perdere valore e aumenterebbero le possibilità che a mettere in atto l'allagamento sia stato qualcun altro, forse una persona che si trovava all'interno dell'ospedale. Un paziente con turbe mentali o qualche altro motivo di risentimento nei confronti dell'azienda sanitaria; o forse addirittura un dipendente arrabbiato per un qualche provvedimento disciplinare. Al vaglio degli investigatori ci sono le immagini delle telecamere di sorveglianza presenti sul perimetro esterno che però non avrebbero fornito grandi indizi. La polizia ascolterà i dirigenti dell'azienda e il personale in servizio nel giorno del sabotaggio. —



I corridoi allagati al San Luca

LA NOVITÀ

Celiachia, stop ai buoni da giugno serve il codice

LUCCA. Da sabato 1° giugno entra in vigore in Toscana il Codice Celiachia, che consentirà ai pazienti con morbo celiaco o dermatite erpetiforme di prendere i prodotti alimentari specifici semplicemente esibendo un codice abbinato alla tessera sanitaria. Da quella data, non saranno più validi i buoni cartacei in uso finora, che vanno dunque utilizzati entro venerdì 31 maggio.

Dagli uffici della Regione fanno sapere che finora il 70% dei celiaci si sono procurati il Codice Celiachia alla propria Asl di riferimento, mentre sono circa 4.000 le persone che ancora non hanno ritirato il proprio codice.

Chi ancora non è in possesso del proprio Codice Celiachia può andare a ritirarlo al Servizio farmaceutico integrativo della propria Asl di appartenenza. Gli indirizzi degli sportelli e i relativi orari sono disponibili sul sito della Regione Toscana, nelle pagine dedicate alla celiachia, e sui siti delle Aziende sanitarie toscane.

Il Codice Celiachia è un codice numerico rilasciato dall'azienda sanitaria di riferimento, che il paziente celiaco potrà utilizzare per acquistare i prodotti alimentari specifici nei supermercati della grande distribuzione organizzata, le farmacie, parafarmacie e gli altri esercizi commerciali comunque convenzionati, su tutto il territorio regionale (in tutto 900 esercizi). Per informazioni e aiuto il numero verde 800004477, dal lunedì al venerdì dalle 9 alle 19, il sabato dalle 9 alle 13 l'indirizzo help.cseregione.toscana.it.



LISTE D'ATTESA. VERSO UN'INTESA CON LA FONDAZIONE MONASTERIO

I vertici Asl al Noa: primo nodo la carenza di personale

Al pronto soccorso mancano 8 medici, si pensa di rimediare con giovani laureati e dottori in pensione. I parametri dell'ospedale sono in crescita e miglioramento

Manuela D'Angelo

MASSA. Giro di rito attraverso i reparti dell'ospedale Noa per la nuova direttrice generale dell'Azienda Usl Toscana nord ovest, **Maria Letizia Casani** ed il direttore sanitario **Lorenzo Roti**, che ieri hanno anche incontrato gli operatori della struttura ed espresso il ringraziamento per l'impegno e la professionalità con cui lavorano quotidianamente, e raccogliere criticità e punti di forza. «Al Noa mancano 43 medici per raggiungere un organico completo», dichiara la direttrice Casani: «in quasi tutti i settori, emergenza urgenza, ginecologia, pediatria, radiologia. Ma il Pronto Soccorso è quello che soffre di più la carenza di personale: il modello sanitario regionale ne prevedrebbe 22, ma qui ne lavorano solo 14, facendo turni massacranti, coprendo 9 notti e festivi, senza mai far registrare all'ospedale neanche un giorno di sovrappienezza (più di 16 ore a paziente senza un letto). Significa che stanno lavorando tanto, e aumentando nonostante tutto la performance del Pronto soccorso. Ma non possiamo permetterlo a lungo. Stiamo organizzando il rafforzamento dell'organico con i laureati, a cui sarà possibile far eseguire un corso di formazione in estate, e con nuove borse per specializzandi. C'è poi la partita dei medici in pensione, da poter utilizzare magari negli ambulatori, come sta sperimentando il Veneto».

PRONTO SOCCORSO.

Nonostante questo sono in miglioramento i dati dell'attività del Pronto soccorso forniti dalla Usl Toscana nord ovest: sono in aumento gli accessi, 56.739 nel 2016, 59.345 nel 2017, 61.810 nel 2018 e anche nel primo trimestre 2019 l'aumento è evidente rispetto agli anni precedenti: 14.433 accessi nel 2019 contro i 13.944 dei primi tre mesi del 2018; la percentuale di accessi in codice giallo visitati entro 30 minuti è passata da 67,40% del 2017 a 74,51% del 2018; quelli in codice verde visitati entro 1 ora è passata da 77,06% del 2017 a 79,14% del 2018. I ricoveri sono in leggera diminuzione (- 277); mentre i ricoveri in day hospital sono stati 2.259 contro i 2.182 del 2018 (+ 77).

LISTE D'ATTESA.

«Tallone di Achille», continua la direttrice, rimangono le liste d'attesa, soprattutto nella diagnostica pesante, per la mancanza di quel connubio con il privato accreditato, che invece farebbe tanto bene alla nostra sanità. Nel territorio di Massa-Carrara aggiunge il direttore sanitario Roti: «c'è un problema legato a risonanze magnetiche e tac e si cercherà di far migliorare questa situazione anche con una convenzione in fase di definizione con la Fondazione Monasterio che dovrebbe partire già dal periodo estivo, per garantire intanto 20 tac e 20 risonanze a settimana da svolgere per

noi».

LA VISITA AI REPARTI.

I due vertici Asl hanno voluto visitare tutti i reparti dell'ospedale, essendo appena stati nominati, come stanno facendo da marzo in ogni presidio della Toscana: «Conoscevo il Noa», ha detto la direttrice Casani: «per fama, visto che i miei genitori abitano qui vicino e ho avuto modo di frequentarlo, e leggerne molto. È un ottimo ospedale che soffre i problemi che tutti gli ospedali regionali e nazionali hanno al giorno d'oggi. Problemi dovuti soprattutto ai costi attuali della sanità». La visita ha riguardato in particolare, psichiatria, pronto soccorso, radiodiagnostica, ambulatori, dialisi, chirurgia, medicina, ostetricia e ginecologia, pediatria, polo endoscopico, terapia intensiva e sub intensiva e radiologia interventistica. Casani e Roti hanno ribadito che «l'ospedale sta crescendo, anche grazie ad attività ed eccellenze presenti all'interno della struttura; il clima tra i medici e gli infermieri è ottimo, ci sono grandi potenzialità. Gli interventi chirurgici sono in costante aumento: nel 2017 furono 14.323, nel 2018 14.767; nei primi 4 mesi del 2018 sono stati 4.943 e nei primi 4 mesi del 2019 sono cresciuti a 5.481. Segnale di fiducia nei nostri medici». Obiettivo: una sanità e quindi un ospedale, sempre meno da ricovero, da modulare internamente ed esternamente, puntando sul potenziamento delle case della salute, e sulle eccellenze. —



IL CASO**«Medicina nucleare
ha bisogno
di una soluzione»**

Il direttore di presidio Giuliano Biselli, che ha accompagnato i nuovi vertici della Usl Toscana nord ovest in visita al Noa, ha voluto puntare l'attenzione su un altro problema, tutto "locale": «Bisogna risolvere il problema della medicina nucleare- spiega- che è in gravissima sofferenza; dobbiamo poter creare uno spazio, interno al Noa o anche esterno, con una dependance dello stesso ospedale, che possa accogliere questo settore e impedire che diventi l'ennesimo caso politico, di cui a ruota qualcuno si fa portavoce, ma che non porterà mai al potenziamento della medicina nucleare a Massa-Carrara».

M.D.A.



Un momento della visita dei vertici dell'Asl al Noa

Approvata una mozione in Regione No al "taser" nelle strutture sanitarie

La Toscana mette al bando l'utilizzo del taser nelle strutture sanitarie. Lo prevede la mozione presentata dai consiglieri Paolo Sarti e Tommaso Fattori di Sì-Toscana a Sinistra e approvata dal consiglio. La mozione stabilisce anche che siano destinate maggiori risorse finanziarie e più personale al settore della salute mentale.



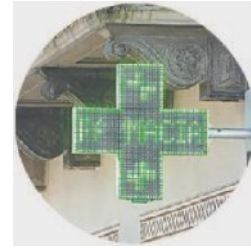
Infermieri, maxi concorso

«Al via in Toscana il più grande concorso per infermieri a livello nazionale». Lo annuncia la Regione, con la delibera 204 del 21 maggio scorso. Il bando è già stato inviato alla Gazzetta Ufficiale per la pubblicazione, prevista per i primi di giugno.



Delibera della Regione Toscana 650mila euro per le farmacie disagiate

Un contributo, per il 2019, di 650mila euro a favore delle farmacie disagiate: è previsto da una delibera presentata dall'assessore Stefania Saccardi. Il continuo spopolamento in alcune zone del territorio regionale può creare difficoltà di carattere economico alle farmacie, determinando una carenza del servizio.



L'INTERVISTA

Il dottore che cura i traumi dei bimbi

MARCO SABIA - A PAG. 6



Il dottor Leonardo Bussolin



L'intervista

Leonardo Bussolin,
anestesista pediatrico del Meyer

Ecco il "Trauma center" In attività dal 2009

«Il Trauma Center Meyer è il punto di riferimento per gli ospedali toscani. Condividiamo il trattamento anche senza centralizzare da noi»

Corsi per genitori Evitare ogni rischio

«Anche uno sgabello sotto a una finestra può diventare pericoloso. O il forno installato a un'altezza raggiungibile»

Il medico buono che cura i traumi dei bimbi

I bambini non "sono di gomma" come si pensa, anche se i loro organi reagiscono meglio alle terapie. Importante è la prevenzione: anche in casa si celano situazioni potenzialmente pericolose

MARCO SABIA

Un bambino, in particolare quando è piccolo, tende a scoprire il mondo attorno a lui in maniera spesso involontariamente pericolosa. I bambini sono "di gomma", come si dice tante volte, ma non sempre è così. Si rende frequentemente necessario, quindi, l'intervento di un team di professionisti per gestire la patologia traumatica pediatrica, che sia per una semplice caduta o per situazioni più gravi. All'ospedale pediatrico Meyer di Firenze c'è l'unico Trauma Center pediatrico dedicato in Italia che quest'anno festeggia 10 anni di attività, da quando la Regione Toscana spinse per far partire questo progetto con il coinvolgimento anche dell'Università di Firenze, la Harvard Medical School e il Children's Hospital di Boston. Nel Trauma Center c'è il cosiddetto "Trauma Team", il cui campo d'azione è rappresentato dalla gestione di tutti i traumi pediatrici non muscolo-scheletrici, quindi non ortopedici. Il responsabile è

il dottor **Leonardo Bussolin**, anestesista pediatrico con compiti di supervisione e coordinamento.

Bussolin, perché è stato istituito il Trauma Center al Meyer?

«Il progetto nasce nel 2006 e si concretizza nel 2009. Il Trauma Center gestisce il trauma pediatrico a 360 gradi, trattando non solo i casi gravi - come traumi maggiori degli organi interni toracici e addominali fino al politrauma - ma anche quelli apparentemente minori. Il trauma cranico è quello più frequente in età pediatrica perché la testa rispetto all'adulto è di dimensioni maggiori relativamente al resto del corpo. Il Trauma Center Meyer rappresenta il punto di riferimento per gli ospedali del territorio, con un numero dedicato per chiamarci e condividere il trattamento, che si tratti o meno di "centralizzare" da noi il paziente. La gestione della patologia traumatica nel bambino è molto complessa e, a tal fine, serve sviluppare competenze specifiche che manteniamo anche grazie alla simulazione,

strumento formativo di fondamentale importanza».

In concreto come funziona questo centro?

«Il bambino è un individuo che ha tutti i suoi organi "nuovi" e, per tale motivo, nettamente più efficienti nel compensare gli effetti del trauma rispetto all'adulto e ciò può trarre in inganno. È fondamentale riconoscere fin dall'inizio potenziali problemi in un bambino che si presenta, ma solo apparentemente, con parametri stabili. Quando un bambino traumatizzato giunge al nostro pronto soccorso viene prima di tutto stabilizzato: è solo dopo iniziamo il percorso diagnostico e di trattamento. Quest'ultimo, nel caso di lesioni della milza, è nella stragrande maggioranza dei casi di tipo



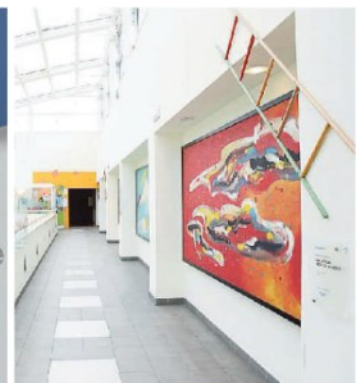
non chirurgico. Anche per quanto riguarda la diagnostica è importante limitare il ricorso alla TAC che, sebbene esame basilare, deve essere riservato ai casi che realmente la richiedano».

Ma come fa un bambino a farsi male nella vita di tutti i giorni?

«È quello che proviamo a spiegare ai genitori nei corsi di prevenzione rivolti ai genitori e che teniamo due volte al mese: nel trauma pediatrico la prevenzione è particolarmente importante perché nel 90% dei casi il trauma è prevedibile e quindi prevenibile. E se pensiamo che ogni anno giungono al Meyer da 8.500 a 8.700 traumi, capiamo quanti potrebbero essere evitati. I tranelli sono tanti come, ad esempio, uno sgabello sotto la finestra può essere il mezzo con cui un bambino possa arrivare a sporgersi dalla finestra; oppure il forno bollente che si trova ad un'altezza tale permetta al bambino di appoggiarsi ed ustionarsi. Senza dimenticare che lasciare un bambino da solo sul letto dei genitori potrebbe comportare che il piccolo rotoli e cada di sotto. Spesso i genitori (o futuri tali) escono da questi corsi dicendo che certe situazioni (coi relativi rischi) non le conoscevano».

C'è una gestione psicologica del trauma?

«Assolutamente sì. Il supporto psicologico è essenziale nella gestione del trauma pediatrico perché prima di tutto devono essere seguiti i piccoli pazienti nei modi appropriati e con il linguaggio adeguato, ma anche i genitori che spesso sono sotto uno stato di stress che deve essere controllato. I bambini più grandicelli, poi, possono essere colpiti dalla cosiddetta sindrome da stress post-traumatico per la quale un corretto approccio psicologico è irrinunciabile. Infine, avere accanto la psicologa dà una mano anche a noi medici, aiutandoci ad interfacciarsi con la giusta empatia con i pazienti e i familiari, mantenendo un certo distacco per garantire sempre la freddezza necessaria ad assicurare una gestione ottimale». –

90%la percentuale di traumi pediatri-
ci prevedibili e quindi prevenibili**8500**in media i bambini con traumi,
sia gravi che non, che arrivano
ogni anno all'ospedale pediatri-
co Meyer di Firenze**10**gli anni di attività del Trauma
center del Meyer

Leonardo Bussolin, anestesista pediatrico del Meyer, è il responsabile del Trauma Center dell'ospedale Meyer, dedicato ai traumi dei bambini. In alto: uno dei corridoi della zona del Meyer dedicata ai traumi dei bambini e, sotto, l'ingresso del reparto

LE LETTERE

In Regione

Il lavoro del Consiglio dei cittadini

14 integrazioni ed emendamenti sono stati presentati dal Consiglio dei cittadini per la salute nella consultazione promossa dalla Terza Commissione del Consiglio Regionale sulla proposta del Nuovo Piano Socio sanitario integrato Regionale 2018-2020.

Il Consiglio dei cittadini è l'organismo costituito dalla legge regionale sul nuovo sistema di partecipazione, composto dai rappresentanti designati dai comitati di partecipazione territoriali e aziendali. Gli emendamenti proposti, frutto di una lettura attenta e di merito, rappresentano un contributo qualificato e tendente a rafforzare il ruolo fondamentale dei cittadini nel sistema sanitario regionale. Occorre da parte della Regione e di tutto il sistema sanitario investire e sostenere di più il sistema di partecipazione.

Altri emendamenti riguardano temi importanti e settori di intervento di particolare interesse e sensibilità: la rete pediatrica, la salute mentale e la psicopatologia in particolare nell'adolescenza e nei giovani adulti, una promozione ed effettiva applicazione della leg-

ge nazionale in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento, una campagna di promozione sulla procreazione medicalmente assistita.

Più in generale nel corso dell'audizione sono state rappresentate le difficoltà relative a un reale rafforzamento del ruolo della medicina territoriale nella riorganizzazione del sistema: il ruolo dei Medici di medicina generale, case della salute, cure intermedie. È stata sottolineata una maggiore attenzione alle politiche della prevenzione, l'importanza della cartella e del fascicolo sanitario elettronico e più in generale di un rapido superamento del ritardo e delle difficoltà che ancora oggi registra il sistema informativo regionale.

Questo consentirebbe una reale e quanto mai essenziale interazione fra i vari soggetti del sistema sanitario e sociale, e renderebbe omogenee le potenzialità e le opportunità tecnologiche in tutto il territorio regionale. Confidiamo che le nostre proposte vengano accolte e vadano ad integrare il Piano.

Dafne Rossi



DA SABATO PRIMO GIUGNO

Addio buoni, entra in vigore il “codice celiachia”

Da sabato primo giugno, entra in vigore in Toscana il Codice celiachia, che consentirà ai pazienti con morbo celiaco o dermatite erpetiforme di prendere i prodotti alimentari specifici semplicemente esibendo un codice abbinato alla tessera sanitaria. Da quella data, non saranno più validi i buoni cartacei in uso finora, che vanno dunque utilizzati entro domani. Dalla Regione fanno sapere che finora il 70% dei celiaci si sono procurati il Codice celiachia alla propria Asl, mentre sono circa 4000 le persone che ancora non hanno ritirato il proprio codice. Chi ancora non in possesso del proprio codice può andare a ritirarlo al servizio farmaceutico integrativo della propria Asl.



Quanti malati (quasi) immaginari in coda al pronto soccorso

**SCELTA
PER VOI**



GUIDO FIORINI

Una situazione che riguarda la Toscana come tutto il resto del Paese e sta assumendo i contorni di una vera emergenza nazionale.

Per continuare a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del sistema regionale di emergenza urgenza, la Regione mette in campo una serie di misure straordinarie. Lo fa con due delibere, presentate dall'assessore al diritto alla salute e approvate dalla giunta qualche settimana fa: una riguarda il "reperimento di personale medico per il sistema di emergenza urgenza regionale", l'altra "provvedimenti per il riconoscimento del valore dell'impegno del personale attualmente impegnato nei pronto soccorso regionali in relazione alle attuali carenze di organico". In Toscana il numero di accessi al pronto soccorso è in costante aumento, e nel 2018 gli accessi complessivamente registrati a livello regionale sono stati oltre 1.500.000.

In attesa di adottare strategie efficaci in grado di ridurre la quota di accessi impropri, con valide risposte alternative a livello territoriale, che consentano una diversa gestione della casistica che attualmente accede al pronto soccorso, con queste due delibere la Regione vuole intanto intervenire sul personale. Sul tema ci è arrivata una lettera interessante da una lettrice livornese.

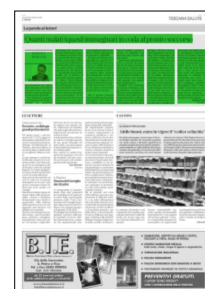
Ma il pronto soccorso non dovrebbe servire per le emergenze? Ma è davvero così difficile capire quando basta il medico curante e evitare di ingolfare una

struttura che avrebbe ben altri scopi?

Sono stata, qualche giorno fa, a trovare un amico che era in attesa al pronto soccorso di Livorno dopo un incidente col motorino. C'era più gente che al mercato di piazza Cavallotti. E, a parte alcuni casi, non ho visto persone con patologie così importanti.

Qualche mal di pancia, un dolore articolare, una piccola ferita, un bimetto che doveva star male giocava fuori con la palla mentre la mamma fumava allegramente e di sicuro per nulla preoccupata per la salute del figlio. Gli altri a sedere sulle seggioline in attesa di esser visti da un medico, gli occhi persi nello schermo del cellulare, in fondo una piccola panacea per tutti i mali. E sono pronta a scommettere che qualcuno di loro lì dentro ci ha passato le ore, tante. So bene che esiste un filtro all'accesso, quello che in gergo chiamano triage, e che, di conseguenza, chi ha qualcosa di poco rilevante va in coda e la precedenza viene data a chi sta male davvero, ma anche questo comporta un lavoro da parte del personale. Gli infermieri dovrebbero essere utilizzati per fare cose più serie, non per perder tempo con malati (quasi) immaginari. Ognuno di noi ha un medico curante che è pagato proprio per risolvere le cose più semplici, non vedo perché non si debba usare. Io lo faccio ogni volta che ne ho bisogno e sono ancora viva. Non vorrei che qualcuno sfruttasse il sistema di emergenza per avere in tempo reale una lastra o una risonanza, pagando un semplice ticket e "azzeccando" così le liste di attesa. Non ne ho certezza ma, come diceva qualcuno, a pensare male si fa peccato, ma spesso si ha ragione.

Franca Lulli
Livorno



OSPEDALE VERSILIA

Non si trovano medici per il 118 e il pronto soccorso

L'emergenza è in emergenza. Al Versilia mancano almeno 6 medici tra pronto soccorso e 118: gli specialisti della medicina d'urgenza non si trovano. **TUCCINI / IN CRONACA**

SARÀ UN'ESTATE CALDA

Piano d'emergenza per pronto soccorso e 118: mancano almeno sei medici

L'Asl: non li troviamo, per ora costretti a riorganizzare i turni
Nel frattempo arrivano otto infermieri di rinforzo a giugno

Matteo Tuccini

VIAREGGIO. L'emergenza è in emergenza. All'ospedale Versilia mancano almeno sei medici tra pronto soccorso e 118: una situazione che è comune a tutta l'Asl, al resto della Regione e dell'Italia intera. Perché gli specialisti della medicina d'urgenza da assumere non si trovano: ce ne sono troppo pochi rispetto al fabbisogno.

Di conseguenza al momento non arrivano i medici di rinforzo, tra cui alcuni neolaureati, annunciati tempo fa. «Non ci saranno prima dell'autunno», spiega l'Asl. Arrivano, invece, gli infermieri: otto in più, tra pronto soccorso per adulti e pronto soccorso pediatrico, saranno in servizio dal 15 giugno. Più il solito ampliamento di orario della sala gessi, che sarà aperta fino alle 24 grazie a un altro infermiere e un ortopedico di turno. L'estate, comunque, si annuncia caldissima. Per risolvere il guaio dei medici mancanti ci sarà

una riorganizzazione dei turni tra 118 e pronto soccorso, con incentivi al personale che subirà maggiori carichi di lavoro.

«Inutile nascondere – afferma **Ferdinando Cellai**, viareggino e direttore dell'Emergenza-urgenza dell'Asl – che la situazione è complicata, facciamo grande fatica anche a coprire i turni medici nei nostri pronto soccorso e nelle strutture di emergenza sul territorio. Stiamo garantendo i servizi grazie alla disponibilità ed all'impegno del nostro personale e facendo ricorso a tutte le possibilità che la normativa ci consente. Ma chiediamo anche il supporto dei cittadini e delle istituzioni, ai quali chiediamo di starci vicini in questo frangente. In attesa che le iniziative intraprese a livello regionale ad aziendale ci diano un po' di respiro. La questione è, infatti, da tempo all'attenzione della direzione aziendale e della Regione, che hanno attivato percorsi ad hoc».

«Il problema del reperimento del personale medico non ci

piove addosso all'improvviso – prosegue Cellai – Sono anni che si mettono in atto tutti gli adempimenti necessari all'assunzione di nuovi operatori. Purtroppo la carenza di specialisti è arrivata ad una evidenza tale che con i vari bandi di concorso, di mobilità, di contratti libero-professionali, si riescono a reclutare pochi professionisti, assolutamente insufficienti a coprire il fabbisogno. Che ora in tutto il territorio della nostra Asl è arrivato complessivamente a più di 40 unità tra 118 e pronto soccorso. Per colmare questa carenza, oltre che lavorare intensamente per il reperimento di nuovo personale, cosa che necessita



di tempi lunghi, è possibile la revisione di alcuni aspetti dell'organizzazione complessiva del nostro dipartimento».

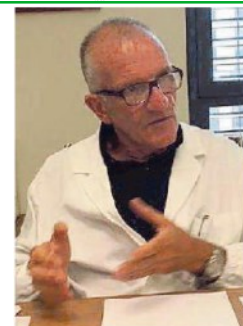
In Regione sono stati costituiti un gruppo tecnico, che comprende anche il primario del pronto soccorso del Versilia **Giuseppe Pepe**, ed un tavolo di confronto con le organizzazioni sindacali per affrontare il problema ed trovare ulteriori soluzioni. L'idea è quella di assumere personale anche neolaureato, che però non arriverà prima dell'autunno, e riorganizzare nel frattempo i turni in ospedale e nei servizi di soccorso del 118 sul territorio.

«Un altro fronte, a più lunga scadenza – afferma Cellai – è il lavoro che si sta portando avanti per ridurre la quota di accessi impropri, con valide risposte alternative a livello territoriale, che consentano una diversa gestione della casistica che attualmente accede al pronto soccorso». Ma questo, con l'estate e i turisti in arrivo, è l'obiettivo che appare meno alla portata. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Utenti in attesa al pronto soccorso dell'ospedale Versilia



FERDINANDO CELLAI
VIAREGGINO, È DIRETTORE
DELL'EMERGENZA-URGENZA DELL'ASL

Pochi specialisti a disposizione per le assunzioni: in questo momento dobbiamo fare di necessità virtù

IL RICONOSCIMENTO AL VERSILIA

Premiato il lavoro sull'embolia

Il pronto soccorso e medicina d'urgenza dell'ospedale Versilia è stato premiato a Rimini in occasione del 50esimo congresso nazionale dell'Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri (Anmco) per lo studio sulla individuazione e trattamento della embolia polmonare. Referente dell'ospedale Versilia era la dottoressa Michela Sanna (nella foto).



Sla nel mirino, la ricerca può vincere

Nuove conoscenze sulla malattia, terapie personalizzate, studi in rete. E intanto parte la nuova fase della ricerca sul trapianto di cellule cerebrali

L'équipe di Angelo Vescovi autorizzata a esaminare l'effetto della possibile cura, ma intanto i passi avanti sono numerosi. E molti nascono nei centri italiani. Adriano Chiò (Molinette di Torino): «Iniziamo a vedere la luce in fondo al tunnel»

DANILO POGGIO

Per la cura della Sclerosi laterale amiotrofica (Sla) la ricerca si sta muovendo su molte strade. Tra le più promettenti il trapianto di cellule staminali cerebrali umane, come è stato appena annunciato con la pubblicazione su *Stem Cells Translational Medicine*: i risultati a quattro anni dal termine dei test di fase 1, condotta fra il 2012 e il 2015 dal gruppo coordinato dai professori Angelo Vescovi e Letizia Mazzini, dimostrano che il trapianto di cellule staminali neurali umane è una procedura sicura per i pazienti. Lo studio italiano è all'avanguardia, il primo esempio in Europa di trapianto chirurgico di un vero farmaco cellulare a base di staminali neurali. I dati pubblicati sono incoraggianti nel sostenere futuri studi clinici di fase 2 in cui sarà valutato l'effetto di impianti di cellule staminali cerebrali, alla ricerca di una dose ottimale ed eventuali effetti terapeutici significativi. In Italia sono circa 5mila i malati di Sla, con 6-8 malati ogni 100mila abitanti e un'incidenza di 1-3 casi ogni 100mila abitanti l'anno. L'aspettativa di vita può essere allungata grazie agli ausili terapeutici che il paziente in Italia può gratuitamente

scegliere (in altri Paesi non è altrettanto facile). Il suo decorso cambia a seconda dei casi, ponendo i ricercatori davanti a una labirintica complessità. Il professor **Adriano Chiò**, direttore del Centro per la Sla dell'Ospedale Molinette di Torino, ha fornito contributi fondamentali all'identificazione del gene più comune della Sla dimostrando che è un insieme di patologie clinicamente simili con cause diverse. «Stiamo vivendo una fase di grande entusiasmo nella ricerca – spiega –. Sul piano delle Sla legate a mutazione genetica iniziamo a vedere la luce in fondo al tunnel: esistono studi molto avanzati sugli oligonucleotidi antisenso, che sarebbero in grado di bloccare il gene malato». Anche sulle altre forme di Sla ci sono risultati apprezzabili, nella direzione della medicina personalizzata: «Negli ultimi anni siamo andati molto avanti, raccogliendo un'infinità di dati che ci aiutano a capire i meccanismi della malattia. Oggi stiamo lavorando sui big data per identificare sottogruppi di pazienti omogenei: fornire la stessa cura a tutti i malati di Sla non porta a grandi risultati». Secondo il neurologo **Vincenzo Silani**, direttore Unità operativa neurologia e Laboratorio di Neuroscienze all'Istituto Auxologico Italiano di Milano, tra i ricercatori italiani più attivi nel settore, «esistono molte strade da percorrere. Penso anche alle terapie con vettori virali o al progetto MinE, con cui verrà mappato l'intero Dna di oltre 20mila persone, e che ci permetterà di avere una quantità impressionante di dati da esplorare». E poi, c'è stata «un'acquisizione di importanza straordinaria quando si è capito che la Sla non è lontana dalla demenza frontotemporale: sono due mondi che vanno verso un obiettivo unico e ora abbiamo due gruppi di ricercatori che si sono fusi in un unico grande esercito. Con gli studi più recenti, poi, possiamo puntare anche sulle importanti prospettive della staminologia o sulla possibilità di individuare biomarcatori nel siero e nel

liquor, in grado di indirizzarci verso la diagnosi ma anche di correggerci nella cura. Tutto dovrebbe portare a terapie efficaci e oggi, anche grazie alla tecnologia e agli apporti della neuroradiologia e della medicina nucleare, iniziano a esserci i presupposti. Si prospetta uno scenario entusiasmante in cui l'Italia ha un ruolo importantissimo, in rete con i migliori centri di ricerca al mondo». Occuparsi dei pazienti implica un approccio scientifico e umano articolato, con una cura completa, multidisciplinare e continuativa della persona. Questo accade al Centro clinico Nemo ad alta specializzazione, nato nel 2008 all'Ospedale Niguarda di Milano e che oggi ha sedi anche a Roma, Messina e Arenzano (Genova). Proprio ieri la Regione Lombardia ha premiato il Centro nell'ambito del riconoscimento Rosa Camuna, attribuito a chi si è distinto nel contribuire allo sviluppo lombardo. «Abbiamo dimostrato che con un'azione di prevenzione dei sintomi e con i giusti farmaci si può contrastare la malattia con risultati evidenti a tutti – spiega Alberto Fontana, consigliere nazionale Aisla (Associazione italiana Sclerosi laterale amiotrofica) e presidente del Centro Nemo –. La ricerca clinica e la ricerca scientifica negli ultimi anni non sono più separate ma condividono lo stesso impegno nella stessa dimensione». Il problema principale è ancora la mancanza di risorse economiche: «Le istituzioni pubbliche dovrebbero investire più fondi. Anche se la Sla è una malattia rara, resta una patologia devastante per chi ne soffre. Una comunità dovrebbe prendersi cura di tutti, e lo Stato far capire che nessuno va lasciato solo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



È VITA

**Cure palliative
i buchi nella rete**

L'inserto alle pagine 18 e 19

Cure palliative? Sconosciute

L'indagine parlamentare denuncia: solo il 7% degli italiani sa che esistono, persino molti medici le ignorano

GRAZIELLA MELINA

Le cure palliative «non dovrebbero essere interpretate esclusivamente come cure di fine vita, ma anche come cure da somministrare a un malato inguaribile e complesso». E considerato che finora la legge che sancisce il diritto ad accedervi (la 38 del 2010) è stata applicata poco e in modo disomogeneo da Nord a Sud, è necessario lavorare a una nuova configurazione dell'hospice, a una diversa attenzione alle cure palliative pediatriche, a una migliore organizzazione dei centri di riferimento regionali e della rete nazionale. È inoltre necessario garantire la continuità delle cure, utilizzare sistemi di valutazione multidimensionali, prevedere risorse economiche e personale dedicato adeguato, puntando tra l'altro sulla formazione, finora carente o addirittura inesistente. Le recenti conclusioni stilate dalla Commissione Affari sociali della Camera, presieduta da Marialucia Lorefice (M5s), dell'«Indagine conoscitiva sull'attuazione della legge in materia di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, con particolare riferimento all'ambito pediatrico» – approvata dopo aver ascoltato 21 soggetti e aver svolto due missioni presso altrettanti hospice per cure palliative pediatriche – non lasciano dubbi non solo sulla scarsa applicazione della legge ma anche sulla mancata conoscenza persino da parte degli operatori sanitari. Secondo l'Osservatorio per il monitoraggio della terapia del dolore e delle cure palliative, la legge 38 «è conosciuta purtroppo soltanto dal 63% dei cittadini intervistati», e «tra le persone che dichiarano di essere affette

da dolore cronico il 45% vive da più di sei mesi senza trovare soluzione al problema. Inoltre, l'informazione sull'esistenza di reti dedicate alle cure palliative e al dolore non sempre parte dai medici di medicina generale, più orientati a prescrivere farmaci antalgici piuttosto che a indicare i Centri delle reti dedicate».

L'articolo 11 della legge 38, inoltre, «prevede che il ministro della Salute presenti ogni anno una relazione al Parlamento sullo stato di attuazione e lo sviluppo delle reti di assistenza in cure palliative e terapia del dolore, riferendo anche in merito alle informazioni e ai dati raccolti con il monitoraggio». Eppure, «tale relazione è stata effettivamente presentata dal ministro della Salute al Parlamento negli anni 2011 e 2012, con riferimento, rispettivamente, agli anni 2010 e 2011, due volte nel 2013, con riferimento agli anni 2012 e 2013, e da ultimo, nel gennaio 2019, con riferimento al triennio 2015-2017». Un controsenso, se si pensa che con la legge 38 «si traccia una via precisa per umanizzare la cura e si danno indicazioni organizzative volte a dare forma e sostanza al percorso assistenziale delle cure palliative e della terapia del dolore sia per gli adulti che per l'età pediatrica, su tutto il territorio nazionale».

Ma, «nonostante l'approvazione di una legge la cui validità è ampiamente riconosciuta e la previsione di strumenti efficaci per dare risposte adeguate, sono molte le conferme, su tutto il territorio nazionale, del fatto che tuttora la gestione del dolore, e specialmente del dolore pediatrico, è lontana dalle reali potenzialità e perdura una situazione di limitata attenzio-

ne al problema». I numeri, del resto, parlano chiaro. «Su un campione rappresentativo della popolazione italiana è emerso che meno del 7% si è dichiarato a conoscenza delle cure palliative, e una bassa percentuale di questi sapeva che potessero essere adatte a pazienti pediatriche. Ne emerge che non solo la popolazione generalmente intesa non conosce le cure palliative ma non ne ha una conoscenza approfondita neanche lo stesso personale medico, considerato che per quanto riguarda le cure palliative pediatriche solo il 18% dei pediatri conosce con esattezza in cosa consista tale tipologia di cure».

Quanto poi all'assistenza domiciliare «in Italia non appare equa, uniforme e quindi giusta. All'interno della regione Lazio vi possono essere pazienti con la stessa patologia e gli stessi bisogni assistenziali, ma, a causa di un mal funzionamento della rete, il centro di assistenza domiciliare offre un diverso numero di ore di assistenza infermieristica». In sostanza, «solo il 25% dei centri in Italia, 11 su 44, ha la presa in carico del paziente, quindi coinvolge nell'équipe anche personale formato in cure palliative pediatriche specialistiche. Il 57% dei centri, invece, non prevede affatto questo coinvolgimento, e il restante 18% si avvale di personale non specializzato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Farmaci che spariscono

Sono oltre
duemila
le medicine

che spesso
non si trovano
Perché succede
e come fare

a procurarsele
quando
se ne ha bisogno

Dossier a cura di **Maria Giovanna Faiella**

a pagina **04**

Medicine importanti che non si trovano

E i malati devono peregrinare da una farmacia all'altra

Antitumorali, antipsicotici, anticoagulanti, prodotti per epilessia, dolore neuropatico, malattie respiratorie, preparati per la terapia sostitutiva col testosterone, vaccini. La lista dei «farmaci carenti» dell'Agenzia italiana del farmaco contiene oltre duemila prodotti. Di questi, quasi 500 non hanno alternative equivalenti

**Dal 2013 in Italia
ciclicamente diventa
difficile o impossibile
reperire tutta una serie
di prodotti medicinali**
di **Maria Giovanna Faiella**

Soffrire. Anche per avere i medicinali necessari a curarsi. Accade in Italia, dove, ormai dal 2013 una serie di farmaci ciclicamente scompare dagli scaffali delle farmacie gettando nel panico i malati.

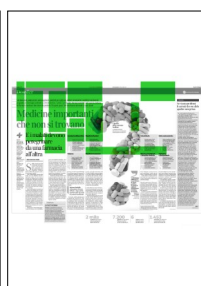
Come testimoniano alcune delle

tante voci che abbiamo raccolto. Quella di Giorgio, che non riesce a trovare il suo farmaco per la malattia di Parkinson: «Ho girato a vuoto per le farmacie» racconta. «Il medicinale non si può sostituire con un altro, ora sto finendo le scorte e non so che cosa fare. Se smetto di prenderlo, non riesco più a muovermi, a deglutire, a parlare».

Laura, cardiopatica, ha penato per trovare le sue pillole per il cuore. «Non posso sospenderle e non hanno alternative equivalenti» spiega. «Il farmacista ha detto che la medicina è irreperibile per problemi di produzione e mi ha consigliato di chiedere ad altre farmacie se avevano ri-

manenze in magazzino. Ho provato, ma nulla. Intanto, le pasticche finiscono e l'ansia sale. Poi, per fortuna, mia figlia ha trovato sul sito *cercafarmaco.it* una farmacia che aveva il medicinale».

Maria invece è da dicembre alla ricerca del farmaco, non sostituibile,



per la sua malattia reumatica. «Ero riuscita a trovare due confezioni dopo aver peregrinato per le farmacie di Roma» racconta. «Mi avevano detto che il medicinale sarebbe tornato in commercio a marzo ma ad aprile, quando ho finito le compresse, non l'ho trovato in nessuna farmacia. Ora dicono che non sarà disponibile fino a gennaio 2020, e quindi devo rivolgermi al reumatologo per sostituire la terapia».

La lista dei «farmaci carenti» dell'Agenzia italiana del farmaco, pubblicata sul sito www.aifa.gov.it, contiene oltre duemila prodotti, anche se in diversi casi ci sono più dosaggi e forme farmaceutiche (compresse, fiale, ecc) per le stesse specialità.

Di questi, quasi 500 non hanno alternative equivalenti; se la carenza si protrae nel tempo, quindi, rischia di mettere a repentaglio la continuità delle cure, soprattutto se si soffre di una malattia cronica. Tra i farmaci introvabili ci sono antitumorali, antipsicotici, anticoagulanti, prodotti per l'epilessia, il dolore neuropatico, le malattie respiratorie, preparati per la terapia sostitutiva con il testosterone, vaccini.

Come cercare il medicinale

Per verificare se qualche farmacia ha in giacenza il prodotto, prima di peregrinare da un negozio all'altro, potete collegarvi al portale cercafarma.co.it: digitando sul sito, o sul cellulare tramite la app, il nome del medicinale e la vostra posizione/città, in pochi secondi viene visualizzato il risultato delle farmacie più vicine che lo hanno.

Al servizio, offerto gratuitamente ai cittadini dal consorzio UFI- Unione farmacie informatizzate di Modena, aderiscono oltre 1.400 farmacie

di tutta Italia (su oltre 18 mila): hanno un software collegato al loro gestionale che permette, in caso di variazioni delle giacenze, di comunicarlo al server centrale in tempo reale, evitando così al cittadino di girare a vuoto. «In media, ogni giorno, più di 7 mila cittadini cercano un farmaco sul sito» riferisce Giulia Righi Riva, direttore del Consorzio. «In questi anni, siamo riusciti a risolvere diverse emergenze, nonostante le farmacie collegate in rete siano poche. Qualche anno fa abbiamo scritto al ministero della Salute per proporre il servizio, ci hanno risposto che riconoscevano la sua utilità».

E cosa fare se non si trova

Per non interrompere le cure, rivolgersi sempre al medico di famiglia, o allo specialista, che prescriverà un medicinale equivalente, se esiste, o una terapia alternativa.

Allo stesso tempo si può cercare il farmaco sul sito dell'Aifa (www.aifa.gov.it) nella sezione «carenza dei medicinali», dove si accede a due liste, entrambe in continuo aggiornamento, che riportano in ordine alfabetico le informazioni sui farmaci temporaneamente carenti.

In quella integrale si trova, accanto al prodotto, la data di inizio della carenza e quella di presunta conclusione, l'esistenza o meno di un farmaco equivalente, i motivi per cui manca, i suggerimenti su cosa fare.

L'altra, invece, contiene solo i farmaci critici per i quali Aifa ha autorizzato l'importazione dall'estero di prodotti analoghi.

Perché mancano i farmaci

«Innanzitutto» premette Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qua-

lità dei prodotti di Aifa «va fatta una distinzione tra "carenza" e "indisponibilità" dei farmaci (si veda alle pagine seguenti).

In genere, la carenza di farmaci è dovuta a problemi di produzione o ad aumenti imprevisti della richiesta: le aziende farmaceutiche titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio sono tenute a segnalare all'Agenzia, con un anticipo di quattro mesi, secondo le nuove norme (si veda l'articolo a destra), che si verificherà una carenza».

Come interviene l'Aifa

«Quando riceviamo la comunicazione, verifichiamo se c'è un problema di sanità pubblica in modo da adottare i provvedimenti necessari coinvolgendo, se è il caso, i professionisti sanitari e le componenti della filiera, produttori, grossisti, importatori, farmaci» spiega Di Giorgio.

«Gli interventi possono consistere in importazioni dall'estero di farmaci analoghi, produzioni straordinarie, verifiche sui quantitativi disponibili nella rete e presso i grossisti — chiarisce l'esponente dell'Aifa — Quando invece il medicinale non può essere sostituito al titolare dell'autorizzazione in commercio del farmaco o alle strutture sanitarie interessate (Asl, farmacie ospedaliere) viene rilasciato il permesso per l'importazione. In alcuni casi abbiamo fatto produrre farmaci dallo Stabilimento Chimico Farmaceutico Militare di Firenze».

Le richieste di importazione possono essere fatte dagli operatori sanitari tramite le Asl oppure gli ospedali pubblici e accreditati, inviando all'Aifa l'apposito modulo disponibile sul sito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'elenco

Dalle pasticche per il cuore agli antipsicotici, dai farmaci per l'epilessia agli antitumorali, fino ai vaccini: sono oltre 2 mila i prodotti inclusi nella lista dei medicinali «carenti» dell'Agenzia italiana del farmaco; di questi,

quasi 500 non hanno equivalenti. Sul sito di Aifa si trovano informazioni sul prodotto che state cercando, quando è previsto il suo ritorno in commercio, se ha alternative, suggerimenti su cosa fare per non interrompere le cure. Per verificare se una farmacia vicina ha il medicinale, ci sono anche il sito o la app «Cerca farmaco».

Verifichiamo subito se c'è un problema di sanità pubblica in modo da adottare al più presto le misure necessarie

Domenico Di Giorgio

Direttore Ufficio qualità dei prodotti, Aifa

Parkinson

LA PIATTAFORMA

TROV@LO è la piattaforma online del Comitato Italiano Associazioni Parkinson per aiutare i pazienti e le loro famiglie a trovare i medicinali essenziali per la cura di questa malattia neurodegenerativa. Una rete nazionale di associazioni, volontari e farmacie monitora la reale disponibilità dei medicinali nei dosaggi necessari. Chi intende collaborare come «segnalatore» può scrivere a emergenza.farmaci@comitatoparkinson.it: riceverà un manuale per l'uso del sistema.

Quelle più cercate online

La classifica si riferisce alle ricerche su cercafarmaco.it nei primi quattro mesi del 2019

1 Levodopa/carbidopa idrata

Il primo tra i farmaci più cercati (16.166 le richieste sul sito) è indicato per malattia di **Parkinson** e sindrome parkinsoniana. Principio attivo: levodopa/carbidopa idrata. Presente nella lista Aifa dei farmaci carenti

2 Magaldrato (bustine)

Al secondo posto nelle ricerche (6.303), un farmaco in bustine per il **trattamento dell'ulcera duodenale e gastrica e della esofagite da reflusso**. Principio attivo: magaldrato anidro. Presente nella lista Aifa

3 Valsartan

Terzo in classifica nelle richieste online (4.553) è un **farmaco contro l'ipertensione** indicato sia per il trattamento negli adulti, sia in bambini e adolescenti di età compresa tra 6 e 18 anni. Principio attivo: valsartan

4 Magaldrato (comprese)

Con 3.378 ricerche, è il quarto medicinale più «gettonato». Si tratta di compresse per il **trattamento dell'ulcera duodenale e gastrica e della esofagite da reflusso**. Principio attivo: magaldrato. Presente nella lista Aifa

Colecalciferolo

5

Al quinto posto (3.328 richieste) si trova una molecola che è indicata per la **prevenzione e il trattamento della carenza di vitamina D**. Soluzione intramuscolo in fiale. Principio attivo: colecalciferolo

Acido ursodesossicolico

6

Sesto in graduatoria (3.248 ricerche) un farmaco per la cura dei **disturbi al fegato e alla cistifellea** (anche nei bambini se associati a fibrosi cistica). Principio attivo: acido ursodesossicolico. Presente nella lista Aifa

Bismuto, metronidazolo e tetraciclina cloridrato

7

Sul settimo gradino (3.127) sale un medicinale per la cura dell'**ulcera peptica e della malattia da reflusso gastroesofageo**. Principi attivi: bismuto subcitratato potassio, metronidazolo e tetraciclina cloridrato

Telmisartan e idroclorotiazide

8

All'ottavo posto (3.044 ricerche) si posiziona un farmaco che ha come indicazione terapeutica il trattamento dell'**ipertensione**. Principi attivi: telmisartan e idroclorotiazide

2 mila

i **prodotti** carenti inseriti nella lista dell'Agenzia italiana del farmaco

7.200

gli **italiani** che ogni giorno effettuano ricerche sul sito cercafarmaco.it

6

milioni le ricerche effettuate sul sito dal 2009 al 2019

1.453

le **farmacie** che aderiscono al servizio del sito online gestito dal Conorzio Ufi

Il decreto

Se ci sono problemi le aziende devono dirlo quattro mesi prima

Novità in arrivo sulla carenza di medicinali. In caso di interruzione, temporanea o definitiva, della commercializzazione del prodotto in Italia, l'azienda farmaceutica titolare dell'autorizzazione al commercio è tenuta a comunicarlo con maggiore anticipo all'Agenzia italiana del farmaco. La comunicazione deve avvenire almeno quattro mesi prima (e non più due, come in precedenza), in base alle modifiche introdotte dal «Decreto Calabria» (DL n. 35/2019, art. 13), in vigore dal 3 maggio, e in corso di conversione in Parlamento. Il preavviso anticipato significa più tempo, per l'Aifa, per predisporre gli interventi preventivi necessari a evitare che i pazienti rimangano senza farmaci. La norma, inoltre, come spiega la Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero della Salute, «prevede l'applicazione di una sanzione amministrativa per la condotta relativa all'interruzione temporanea o definitiva della commercializzazione dei medicinali che, come noto, genera la carenza sul territorio dei medicinali». In particolare, chi non rispetta l'obbligo di comunicazione nei tempi di legge deve pagare dai 3 mila ai 18 mila euro, fatto salvo il caso di interruzione dovuta a circostanze imprevedibili ed eccezionali. «Stiamo cercando di rendere più tempestivo il sistema di comunicazione sulle carenze, soprattutto per i farmaci che non hanno equivalenti» spiega Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qualità dei prodotti di Aifa. «Lo stesso elenco pubblicato sul sito è uno strumento importante per tutelare i cittadini,

che possono verificare, per esempio, se il farmaco ha un equivalente, o la data prevista per il ritorno in commercio, o se è definitivamente cessata la commercializzazione. Si tratta di un processo continuo, stimolato dall'esperienza fatta a più riprese con i «disservizi comunicativi» che purtroppo ogni tanto ci rimbalzano dal territorio come, per esempio, notizie allarmistiche su presunte carenze di farmaci, che generano accaparramenti e, in alcuni casi, carenze reali». Di recente l'Aifa ha avviato una collaborazione anche con le associazioni dei pazienti, in particolare quelli affetti da malattie autoimmuni del fegato e da Parkinson, coinvolgendole rispetto alla gestione delle problematiche dovute alla carenza del loro farmaco e sulle modalità di ritorno in commercio del prodotto. «La condivisione delle informazioni» sottolinea Di Giorgio «serve anche a favorire l'acquisto del numero di confezioni realmente necessario, in modo da garantire l'accesso al farmaco al maggior numero possibile di persone. È un modello di gestione delle carenze che intendiamo portare avanti anche con altre associazioni di pazienti».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le contromisure

Sanzioni per chi sgarra ma è fondamentale il ruolo dei farmacisti

**È una prassi che mina il diritto
alla salute di buona parte di malati**

Valeria Fava

Tribunale per i diritti del malato/Cittadinanzattiva

**È un business che conviene
anche a molti Stati Europei**

Fabrizio Gianfrate

Economista

Come si sta cercando di arginare il problema dell'«indisponibilità» dei farmaci nel nostro Paese? In che modo far rispettare il nostro diritto ad avere tempestivamente i medicinali essenziali per curarci? Partiamo dalle norme emanate a tutela della salute dei pazienti, di cui spesso si ha poca contezza.

Il Decreto legislativo n. 17 del 2014 ha introdotto disposizioni mirate a garantire che i farmaci essenziali siano presenti sul territorio nazionale per soddisfare le esigenze dei pazienti. In particolare, precisa la Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del ministero della Salute, «il grossista che effettua esportazioni deve comunque garantire un assortimento permanente di medicinali sufficiente a rispondere alle esigenze del territorio cui è preposto e provvedere alla consegna delle forniture richieste in tempi brevissimi su tutto il territorio in questione».

È previsto, poi, un sistema di segnalazioni e verifiche, da parte di regioni e province autonome, preposte al rilascio della licenza per la distribuzione all'ingrosso dei medicinali, per monitorare i casi di «distorsione distributiva locale», cioè l'indisponibilità di farmaci non dovuta a problemi produttivi.

Il servizio pubblico

A chi viola l'obbligo di «servizio pubblico» può essere sospesa o anche revocata l'autorizzazione. Ma, se non è noto che quel medicinale è irreperibile nella rete della distribuzione, non possono essere predisposti dall'Agenzia italiana del farmaco gli interventi necessari per risolvere il problema (si veda pagine precedenti).

ti). Ecco perché è fondamentale il ruolo dei farmacisti. «È importante che segnalino la carenza del farmaco alla propria regione, cui spettano i controlli — dice Andrea Cicconetti, segretario di Federfarma Roma — . In alcune regioni è stata attivata la procedura di comunicazione informatica che permette di rilevare con maggiore tempestività le carenze, come per esempio nel Lazio, tramite il portale messo a disposizione da Federfarma regionale, che riceve le segnalazioni trasmesse dai farmacisti tramite la scheda elettronica e le invia alla regione che, a sua volta, le trasmette all'Aifa per i controlli incrociati e gli interventi da mettere in campo. Così il cerchio si chiude — sottolinea Cicconetti — . Per esempio, se un farmaco risulta irreperibile in base ai dati regionali, ma Aifa non ha ricevuto la segnalazione dalla ditta produttrice perché non ci sono problemi produttivi, c'è qualcosa che non va e scattano i controlli».

Il tavolo tecnico

Presso l'Aifa è stato istituito un tavolo tecnico condiviso con Ministero della salute, NAS e Regioni, con la partecipazione delle varie associazioni rappresentative della filiera del farmaco, che ha il compito di trovare le soluzioni ai problemi di indisponibilità dei medicinali. Riferisce Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qualità dei prodotti dell'Agenzia: «Abbiamo intensificato i controlli per evitare l'esportazione parallela di farmaci la cui carenza genera problemi di salute pubblica e, insieme alle Regioni, abbiamo identificato una serie di prodotti critici "traccianti" che ci sono serviti per verificare sul campo i meccanismi di

rastrellamento, per capire cosa succedeva, e più di un operatore che non seguiva le norme è stato sanzionato. Sicuramente servono controlli più stringenti sul territorio — sottolinea Di Giorgio — . Il tavolo lavora per estendere le buone pratiche locali che sono state studiate in questi anni, come quella delle Ats (Agenzia di tutela della salute) di Insubria e Brianza, molto attive nelle ispezioni sull'esportazione. Ma occorre anche un cambiamento culturale: per chi lavora in questo settore, le ragioni del business non devono mai prevalere sulla tutela della salute dei malati». Anche i pazienti possono fare la loro parte, quando non trovano il medicinale in farmacia. Come? «Si può suggerire al farmacista di chiamare altri distributori, anche se in genere, prima di dirvi che non ha il farmaco, verifica tutti i canali — consiglia Valeria Fava, del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva — . Nel caso il prodotto non sia disponibile nella rete distributiva regionale, chiedete al farmacista (che dovrebbe farlo in autonomia) di inoltrare la richiesta del farmaco all'azienda produttrice, tenuta a consegnarlo entro 48 ore. Contestualmente, ricordargli di segnalare l'indisponibilità del medicinale alla Regione o alla Provincia autonoma o alle altre autorità previste dalla legi-



slazione regionale, in modo che facciano le opportune verifiche sul distributore. Si può anche segnalare il problema al numero verde dell'Aifa FarmaciLine 800.571661 (oppure all'indirizzo e-mail: farmaciline@aifa.gov.it)», conclude Fava.

M.G.F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I criteri

Le Regioni devono essere più severe sul rilascio delle concessioni ai grossisti

«Occorrono criteri rigorosi per il rilascio, da parte delle Regioni, delle autorizzazioni per la distribuzione all'ingrosso — afferma Andrea Cicconetti, segretario di Federfarma Roma — . Dopo la concessione della licenza, vanno fatti controlli periodici per monitorare il rispetto delle norme sull'esportazione parallela. In certi casi, quando il farmaco è irreperibile, i grossisti lamentano che l'azienda farmaceutica non fornisce il quantitativo richiesto; la ditta dice di vendere i farmaci che abitualmente servono per soddisfare la domanda delle farmacie. A volte noi farmacisti “elemosiniamo” qualche confezione per i clienti».

7

per cento è la quota di farmaci importati in parallelo che in Germania i farmacisti sono incentivati dallo Stato a vendere

30

per cento è la differenza di prezzo per alcuni farmaci tra Italia e Nord Europa

Esportazione parallela sul banco degli imputati

Si è scoperto che spesso un medicinale è indisponibile in Italia perché si guadagna di più a venderlo nei Paesi del Nord Europa. Una pratica legale ma discutibile

Dai farmaci impiegati per la malattia di Parkinson, a quelli per l'epilessia, fino agli antitumorali. In Italia alcuni medicinali spariscono da un giorno all'altro, a intermittenza, a volte solo in alcune aree del Paese.

L'indisponibilità dei farmaci non è un fenomeno nuovo, se ne parla da almeno sei anni, ed è cosa diversa dalla carenza dei medicinali, dovuta a motivi di ordine produttivo (si veda nelle pagine precedenti).

In sostanza, si tratta di farmaci regolarmente in produzione ma di difficile approvvigionamento per i farmacisti, poiché si riscontrano problemi nella rete della distribuzione: mancano le scorte nei magazzini e i prodotti non vengono distribuiti nelle farmacie, quindi i quantitativi sono insufficienti a rispondere alle esigenze dei pazienti.

«Il problema dell'indisponibilità del medicinale in farmacia ci è sempre più spesso segnalato dai cittadini ed è determinato principalmente dalla convenienza per i distributori di vendere il farmaco all'estero» denuncia Valeria Fava, del Tribunale per i diritti del malato - Cittadinanzattiva. «È una prassi che sta seriamente minando il diritto alla salute di buona parte di malati, soprattutto

i più gravi, poiché il mercato parallelo sta interessando numerosi farmaci salvavita, come per esempi alcuni chemioterapici, e medicinali per malati cronici».

Ma in pratica, che cosa avviene? Lo spiega Domenico Di Giorgio, direttore dell'Ufficio qualità dei prodotti dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa): «L'indisponibilità dei farmaci è generata da distorsioni del mercato spesso collegate alle dinamiche del circuito distributivo, come per esempio l'esportazione verso il circuito europeo del commercio parallelo: farmaci destinati all'Italia sono rivenduti dai grossisti/trader sul mercato estero perché è più remunerativo».

Di fatto, l'esportazione parallela è una forma regolare di mercato consentita dalle norme sulla libera circolazione delle merci in vigore nell'Unione europea, che si applicano anche nel settore dei farmaci. «È un business lecito che, tra l'altro, conviene anche a molti Paesi europei, non interessati, quindi, a regolamentare il mercato» sottolinea Fabrizio Gianfrate, economista sanitario. «Per esempio, in Germania i farmacisti sono incentivati dallo Stato (per risparmiare sulla spesa farmaceutica) a vendere almeno il 7 per cento di farmaci importati parallela-

mente, che hanno un prezzo più basso rispetto al listino nazionale».

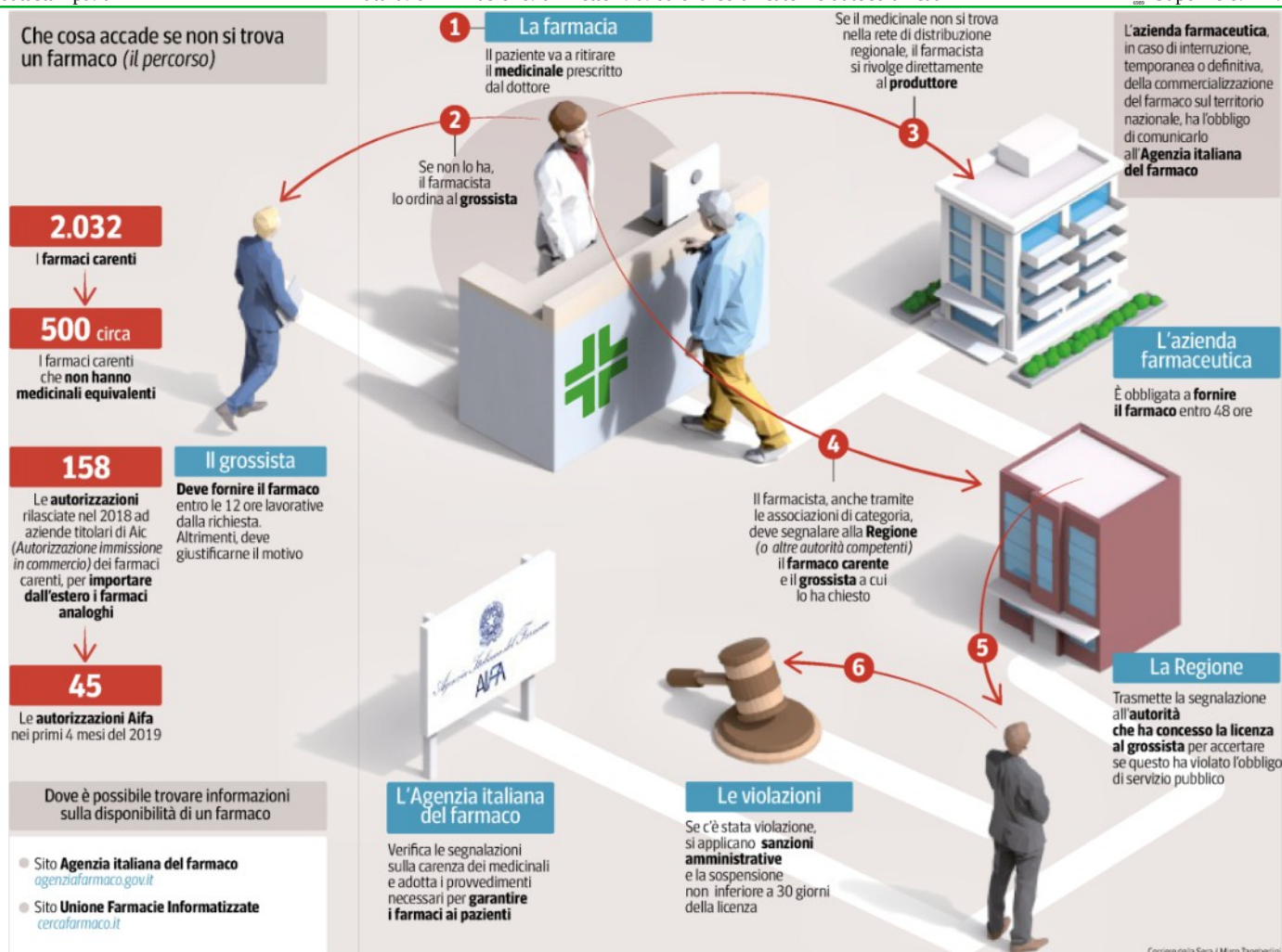
Nel libero mercato, gli operatori autorizzati alla distribuzione dei medicinali, rimborsati dal Servizio sanitario nazionale, possono rivendere i farmaci in altri Paesi europei, dove il prezzo degli stessi è più alto rispetto a quello fissato in Italia. Da noi invece è frutto di una contrattazione tra l'Aifa e l'azienda farmaceutica produttrice del medicinale. È intuibile, quindi, l'interesse economico dei distributori, che ci guadagnano sulla differenza di prezzo.

A volte, tuttavia, è sottile la linea di demarcazione tra legalità e illegalità. «Per esempio» sottolinea Di Giorgio «penso per esempio alle differenze di prezzo superiori al 30 per cento tra Italia e Nord Europa, riscontrate anche da studi indipendenti per alcuni prodotti contro l'epilessia che qualche anno fa, in effetti, erano oggetto di esportazioni rilevanti e di distorsioni, affrontate nell'ambito del tavolo tecnico sull'indisponibilità dei farmaci, grazie alla collaborazione tra Aifa, NAS - Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei carabinieri, Ministero della Salute, Regioni e rappresentanti della filiera del farmaco», conclude il dirigente dell'Aifa.

M. G. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Il paradosso

Farmaci destinati all'Italia ma rivenduti all'estero perché è più remunerativo. L'esportazione parallela dei medicinali è consentita dalle norme dell'Unione europea sulla libera circolazione delle merci. Il grossista che effettua esportazioni,

però, ha l'obbligo di garantire i medicinali sufficienti a rispondere alle esigenze dei malati sul territorio e provvedere alla consegna delle forniture richieste in tempi brevissimi. Se il medicinale non è disponibile nella rete distributiva regionale il paziente può chiedere al farmacista di inoltrare la richiesta del farmaco all'azienda produttrice

Leucemia cronica

La terapia dura a lungo

Ma non per sempre

La patologia, in generale, sempre più spesso può essere cronicizzata. In qualche caso è ormai possibile impostare un trattamento senza chemioterapia che può essere interrotto dopo un tempo preciso

**I progressi
nel campo dei tumori
del sangue di solito
precedono quelli
per i tumori solidi**
di **Vera Martinella**

Si chiama leucemia, e la sola parola incute timore, e cronica, per indicare il fatto che non guarisce. Si può curare, certo. Ma come tutte le malattie definite croniche, accompagna la persona in modo permanente. La leucemia linfatica cronica non è però un tumore del sangue fra i più temibili e aggressivi: sebbene sia considerata inguaribile, le cose per chi ne soffre stanno per cambiare, visto che una nuova terapia, somministrata per due anni, appare talmente efficace da permettere ai malati di poterla poi interrompere.

«È un nuovo importante passo avanti» dice Armando Santoro, responsabile dell'Oncologia ed Ematologia all'Istituto Clinico Humanitas di Milano «uno studio dimostra che in alcune categorie di pazienti una combinazione di farmaci, senza chemioterapia, può per la prima volta essere prescritta "per una durata fissa". Ovvero, dopo 24 mesi alcuni pazienti che soffrono di questo tumore del sangue possono smettere la cura. E quindi pensare di vedere definitivamente scomparsa una patologia che, come dice il nome stesso, era finora considerata cronica. Dunque inguaribile».

Scoperto per caso

Oggi in Italia si contano circa 3mila

nuovi casi all'anno di leucemia linfatica cronica, che colpisce soprattutto le persone con più di 70 anni d'età. In fase iniziale la malattia non dà particolari disturbi e la maggior parte dei malati arriva a una diagnosi solo "per caso", facendo un emocromo per motivi diversi. «Più di un terzo di loro non dovrà mai fare altro che controlli perché si tratta di un tumore poco aggressivo» sottolinea Paolo Ghia, professore di Oncologia Medica all'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano. «Un ulteriore terzo dei pazienti, invece, avrà bisogno di cure per anni o persino decenni dopo la diagnosi quando la malattia progredirà (senza comunque essere la causa del decesso). Ma ci sono persone che scoprono la malattia perché hanno sintomi come l'ingrossamento dei linfonodi o della milza, che sono segno di una leucemia avanzata: per loro la necessità di trattamento è più urgente».

Le terapie, quando necessarie, si basano principalmente su diversi farmaci, associabili fra loro in diverse combinazioni.

«La cura della leucemia linfatica cronica è personalizzata in base ai sintomi, allo stadio della malattia e alla prognosi» spiega Paolo Corradini, direttore del Dipartimento di Ematologia dell'Istituto Tumori di Milano. «Nel momento in cui si rende necessaria una terapia le opzioni comprendono per lo più un'associazione di chemioterapia e anticorpi monoclonali. Sono stati peraltro stati messi a punto recentemente nuovi ed efficaci farmaci "intelligenti" che impediscono l'espansione delle cellule bloccandone i meccanismi di crescita».

Quando la malattia avanza servo-

no altri trattamenti, che sono generalmente efficaci, ma in una piccola percentuale di malati le cose si complicano. È in questo scenario che l'associazione di venetoclax (un nuovo farmaco che agisce come una «pallottola intelligente» bloccando il meccanismo attraverso il quale la cellula cancerosa si riproduce) e dell'anticorpo monoclonale rituximab riduce il rischio di progressione della malattia o morte del paziente.

«Gli esiti dello studio "Murano", condotto su circa 400 malati con leucemia linfatica cronica con recidiva e refrattari (ovvero che non rispondevano) alle precedenti terapie, dimostrano che questa nuova forma di trattamento può permettere un significativo miglioramento dell'aspettativa di vita anche in malati con quadri clinici a prognosi più sfavorevole» prosegue Ghia.

Nuove speranze

«Da quando, solo pochi anni fa, sono state introdotte nell'armamentario terapeutico della leucemia linfatica cronica le nuove molecole che permettono di evitare l'uso dei chemioterapici si è sempre ritenuto che il trattamento non potesse essere sospeso se non per tossicità o per una ricaduta» chiarisce Santoro. «Per la prima volta un regime terapeutico può essere somministra-



to per un periodo fisso (24 mesi) alla fine dei quali i pazienti possono interrompere l'assunzione del farmaco e avranno la fondata speranza di ottenere che la malattia da cui sono affetti si riduca a livelli minimi, tali da non essere rilevabile dagli attuali strumenti diagnostici. Non possiamo ancora affermare che questo risultato equivalga alla guarigione, ma sicuramente si tratta di un importante avanzamento in questa direzione».

«Sono risultati impensabili fino a soltanto 10 anni fa, e in una patologia che può essere difficile da trattare in pazienti per lo più "anziani", non di rado alle prese con altre malattie tipiche dell'età che avanza» conclude Felice Bombaci, responsabile dei gruppi pazienti dell'Associazione Italiana contro le leucemie, linfomi e mieloma. «Un progresso rilevante anche perché consente di migliorare la qualità di vita di queste persone, con minori effetti collaterali e con un risparmio per il sistema sanitario».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I segnali da non ignorare



Indebolimento

I segnali della presenza di un tumore del sangue sono spesso vaghi e comuni a tanti disturbi anche poco gravi (come una brutta influenza). Se un disturbo persiste per settimane, bisogna parlarne con il medico

Splenomegalia

È l'ingrandimento della milza che può causare sazietà precoce o sensazione di pienezza addominale. È bene consultare un medico anche se i linfonodi superficiali del collo, delle ascelle o dell'inguine si ingrossano

Anemia

L'anemia è determinata dalla riduzione dei livelli di globuli rossi, che a sua volta può provocare altre conseguenze, come senso cronico di stanchezza, debolezza e respiro affannoso

Febbre

Un rialzo di temperatura, anche di pochi gradi, che si presenta in particolare nel pomeriggio o la notte non deve essere trascurato soprattutto se non passa da settimane e se non c'è una causa evidente. Può essere dovuto a un'infezione

Ematomi spontanei

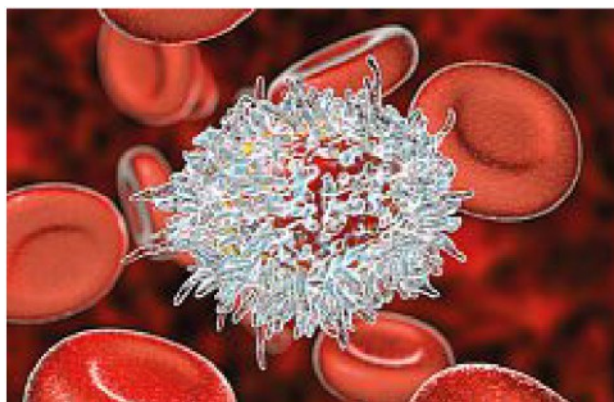
La comparsa di lividi senza che ci siano stati traumi può segnalare un tumore ematologico. Il fenomeno è legato alla carenza grave di piastrine, indispensabili per la coagulazione del sangue

L'appuntamento

Incontro aperto al pubblico al Corriere della Sera

Oggi, 30 maggio, alle 18,00 presso la sala Buzzati del Corriere della Sera, a Milano, si terrà un incontro aperto al pubblico su «Le nuove frontiere nel trattamento dei tumori del sangue». Interverranno in veste di relatori Paolo Corradini, dell'Istituto dei tumori di Milano e presidente della Società Italiana di Ematologia, Paolo

Ghia, dell'Ospedale San Raffaele di Milano, Armando Santoro, del cancer Center dell'Istituto Humanitas di Milano) e Felice Bombaci, responsabile dei gruppi pazienti dell'Associazione Italiana contro le leucemie. L'ingresso è libero con prenotazione obbligatoria scrivendo a: incontricorrieresalute@rcs.it



L'illustrazione riproduce un globulo bianco di una leucemia linfatica cronica a «a cellule capellute» (GettyImages)

Ricoverata a Berlino (e dimessa molto presto)

Anche in Germania le degenze sono sempre più brevi e i Pronto Soccorso sovraccarichi
Il paziente «tipo» però è in genere soddisfatto, anche se ha paura delle infezioni in corsia

Come succede ormai in molti Paesi europei, medici e infermieri vengono sempre più di frequente reclutati all'estero e i malati si lamentano spesso della loro scarsa conoscenza della lingua locale

di **Christina Ciszek**

La mia ultima degenza? In una clinica privata di Berlino, aperta anche ai pazienti con assicurazione sanitaria pubblica. Pulizia, personale rilassato, cibo sano e vario, in parte a buffet nella mensa comune, e possibilità di avere una camera singola. Niente da dire sull'organizzazione. Fa anche piacere che ci sia un unico medico di riferimento: dal primo giorno di ricovero all'ultimo, passando per l'operazione e le varie cure successive, fino alla dimissione.

Sapere che questo medico conosce il proprio caso dalla A alla Z e che non si debba passare da un dottore all'altro è qualcosa di particolarmente apprezzato da queste parti, tanto che spesso viene auspicato che questo trattamento sia esteso a tutti gli ospedali.

Super batteri

In ogni caso, in generale, in Germania i malati ritengono di essere assistiti bene, sebbene ultimamente si sia diffusa una notevole paura di essere infettati da un «superbug» cioè qualche batterio resistente a tutti gli antibiotici. Secondo una recente indagine ben il 75 per cento della popolazione lo vive come un notevole spauracchio in vista di una degenza.

Del resto non sono molto tranquillizzanti i dati in proposito diffusi dall'Istituto Robert Koch, che si occupa della sorveglianza delle malattie in territorio tedesco, secondo i quali ben 6 mila persone muoiono

ogni anno dopo un'infezione da germi multiresistenti. «Un paziente su dieci, quando ricoverato, è interessato da batteri di questo tipo, difficilissimi da debellare», conferma il dottor Axel Hamprecht, dell'Università di Colonia.

Carenza di personale

Come in diversi altri Paesi europei, negli ospedali pubblici il maggiore problema però è la carenza di personale. Le ragioni sono due, come dappertutto: i tagli per aumentare la redditività economica degli enti ospedalieri e il numero insufficiente di operatori sanitari qualificati.

Quindi anche in Germania stanno diventando sempre più numerosi i medici e gli infermieri che vengono reclutati dall'estero, e, indipendentemente dalle loro capacità professionali, i pazienti si lamentano spesso della loro scarsa conoscenza della lingua locale.

Rimborsi fissi

Altra caratteristica che allinea la Germania a molti altri Paesi è la tendenza alle dimissioni rapide. La ragione, anche qui, è che dal 2004 viene riconosciuto un rimborso fisso all'ente ospedaliero in relazione al trattamento di una specifica condizione. Dal 2004, gli ospedali ricevono una somma standard per ogni malattia (quello che in Italia si chiama Drg, ndr). Quanto al ricovero, può essere richiesto dal medico di famiglia oppure da uno specialista. In questo caso, se si può scegliere, è ormai diffusa anche qui l'abitudine di informarsi in anticipo su quale ospedale abbia la migliore reputazione nella cura del problema da affrontare.

In caso di emergenze ovviamente

il ricovero può essere chiesto direttamente dal Pronto Soccorso.

Uso improprio

A proposito, anche in Germania il Pronto soccorso è molto spesso utilizzato impropriamente visto che è aperto 24 ore su 24 e vi si ricorre anche per non aspettare settimane per un appuntamento. Peraltro, va detto, il trattamento in genere è giudicato molto buono.

«Sistemazione»

Molti ospedali sono in ristrutturazione con l'obiettivo di realizzare camere più piccole con soltanto due letti e relativo bagno.

Gli armadietti vanno chiusi a chiave, perché anche in Germania i ladri non mancano negli ospedali.

I dispenser per la disinfezione delle mani sono stati distribuiti dappertutto nelle stanze e nei corridoi.

Pasti

C'è, infine, da segnalare uno sforzo in corso per cercare di migliorare il servizio alimentare.

Oltre alle ovvie attenzioni dietetiche legate alle patologie, come per esempio il diabete, in diversi ospedali è ormai disponibile una «linea» per vegetariani e anche cibi adatti per chi ha restrizioni religiose e deve



evitare alcuni alimenti, come per esempio la carne di maiale.

Nonostante tutte queste buone intenzioni, tuttavia, in genere il paziente dell'ospedale tedesco-tipo riferisce un'impressione «poco sana» dei pasti che gli vengono riservati e la verdura fresca e la frutta sono piuttosto rare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La copertura

Un sistema sanitario basato su assicurazione sanitaria obbligatoria e assicurazione privata



I cittadini residenti in Germania sono tenuti a dotarsi di un'assicurazione sanitaria. L'assicurazione sanitaria tedesca è caratterizzata da un sistema duale composto da assicurazione sanitaria obbligatoria (GKV) e assicurazione sanitaria privata (PKV). La quota della parte assicurativa sanitaria

obbligatoria dipende dal reddito del cittadino. Sul reddito lordo viene calcolata un'aliquota del 14,6 per cento, che viene divisa a metà tra l'assicurato e il datore di lavoro con il 7,3 per cento ciascuno. Studenti, lavoratori autonomi e persone assicurate senza reddito pagano l'intero contributo integrativo da soli. Nell'assicurazione sanitaria obbligatoria figli e coniugi all'interno di un'assicurazione familiare vengono co-assicurati gratuitamente.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Stranieri

Chi soggiorna in Germania per un periodo limitato di tempo può utilizzare la tessera sanitaria italiana, che garantisce i servizi di emergenza. Le visite programmate (ad esempio un controllo annuale dal ginecologo o dall'oculista, parto, fisioterapia, etc...) sono a carico dell'utente. Studenti,

pensionati e lavoratori distaccati possono godere dell'assistenza sanitaria completa in tutti i paesi dell'Unione Europea, per mezzo del formulario europeo S1, rilasciato dalla Asl in Italia. Invece chi trasferisce la propria residenza all'estero deve iscriversi all'Aire (e quindi rinuncia al Servizio Sanitario Nazionale italiano)

I test per l'allergia li prescrive anche il medico di famiglia

Non è più indispensabile andare dallo
specialista per sottoporsi agli esami di base
I dosaggi di laboratorio sono richiesti su ricetta
del servizio sanitario, anche per i bambini

**Analisi «fai da te»
i preparati in libera
vendita per l'indagine
casalinga sono inutili
e di solito cari**

di **Maria Giovanna Faiella**

Purrito, occhi che lacrimano, naso che cola, eritemi: per scoprire se siete allergici, chi vi prescrive i test per scoprire se siete allergici? E a che cosa? Può far-

lo solo l'allergologo o anche il medico di famiglia o il pediatra? In base ai nuovi Lea, i Livelli essenziali di assistenza da garantire su tutto il territorio nazionale, in vigore dal 2017, non occorre più passare dallo specialista per i test allergologici di base. Spiega Massimo Magi, presidente della Fondazione Nuvola della Sanità di Fimmg, la Federazione italiana medici di medicina generale: «Anche il medico di famiglia e il pediatra pos-

sono prescrivere sulla ricetta del Servizio sanitario i dosaggi di laboratorio di *IgE specifiche* nel sangue (Rast test) attraverso un *pannello per alimenti* fino a otto allergeni per scoprire se il paziente è allergico, per esempio, a latte, albume d'uovo o pesce, e un *pannello per inalanti* di otto allergeni per individuare allergie, per esempio, ai pollini o al pelo del gatto» (si veda l'infografica qui sotto). Nei due pannelli base, previsti dai nuovi Lea, ci sono gli allergeni più comuni scelti con criteri clinici ed epidemiologici.

In alcune Regioni vengono testati ulteriori allergeni, a carico del Servizio sanitario regionale. I medici di base, inoltre, possono continuare a prescrivere i test cutanei.

«Per una prima valutazione, il Rast test è utile e pratico poiché si fa con un semplice esame del sangue, pure nei bambini molto piccoli, effettuando il prelievo dal tallone» afferma Magi. «Quest'esame, poi, al contrario dello *skin prick test*, si può

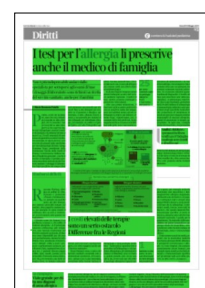
eseguire anche se ci sono eczemi diffusi sulla pelle, non è necessario sospendere gli antistaminici e, in caso di forti allergie, il test ematico evita il contatto della cute con allergeni che possono scatenare reazioni pericolose. Se occorrono ulteriori approfondimenti diagnostici, il medico di base può prescrivere una visita specialistica». «L'allergologo» interviene Gian Luigi Marseglia, presidente della Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica «può prescrivere le *IgE specifiche molecolari*, che permettono di identificare in modo più preciso le singole proteine responsabili di reazioni allergiche, quindi di prescrivere le terapie appropriate». In ogni caso, consiglia Mario Di Gioacchino, vicepresidente della Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica: «Evitate il fai-da-te e i test che si trovano in libera vendita che, oltre a essere inutili e cari, possono anche rivelarsi dannosi».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

25 1

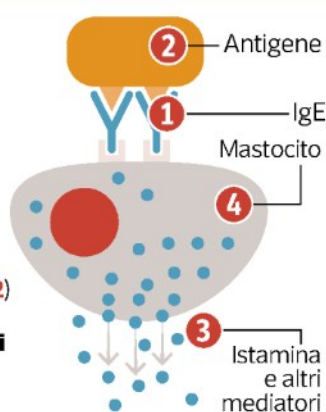
per cento
i bambini colpiti
da patologie
allergiche
Erano
il 7 per cento
vent'anni fa

bambino su due
sotto i 14 anni
sarà interessato
da rinite allergica
nei prossimi anni



L'**allergia** è una risposta anomala del sistema immunitario nei confronti di una proteina (allergene). Il meccanismo più «classico» di allergia è quello mediato da anticorpi IgE

Le **IgE (1)** venendo in contatto con l'**allergene (2)** determinano la liberazione di **istamina e altri mediatori chimici (3)** da parte dei **mastociti (4)**



Le allergie nei bambini



1 bambino su 4 è colpito da malattie allergiche

Su **1 milione** di bambini colpiti da **rinite allergica**

630 mila

hanno anche l'**asma**

490 mila

hanno anche la **dermatite atopica**

Fonte: SIAIP

Il medico di famiglia e il pediatra di libera scelta possono prescrivere la ricerca di IgE specifiche nel sangue attraverso un «pannello» di 8 allergeni respiratori e un «pannello» di 8 allergeni alimentari

Esempio di due pannelli fino a 8 allergeni

Allergeni inalanti

Indicazioni: rino-congiuntivite, asma bronchiale stagionale o perenne

- Dermatophagoides farinae
- Alternaria
- Gatto
- Dactylis glomerata/ Lolium perenne
- Betulla
- Parietaria judaica
- Ambrosia trifida
- Cipresso mediterraneo/ olivo

Allergeni alimentari

Indicazioni: vomito, diarrea, orticaria diffusa, angioedema, eczema, sindrome orale allergica, anafilassi

- Albume
- Latte
- Pesce
- Glutine
- Gambero
- Pesca
- Nocciola
- Arachide/soia

Fonti: DPCM sull'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (in vigore da marzo 2017), Società italiana di allergologia e immunologia pediatrica (SIAIP)

Corriere della Sera / Mirco Tangherini

I costi elevati delle terapie sono un serio ostacolo Differenze fra le Regioni

Rimborsi difficili

Racconta Floriana, allergica ai pollini di olivo, cipresso e parietaria: «Prendo l'antistaminico, gratuito da qualche anno; gli altri farmaci, pur essendo prescritti sempre dal medico, devo pagarli e costano tanto, per esempio, lo spray nasale al cortisone circa 40 euro a confezione. Così li compro solo quando sto malissimo».

L'elevato costo dei farmaci è un problema comune a chi soffre di malattie allergiche. «È il principale ostacolo nell'accesso alle terapie che, non essendo rimborsate dal Servizio sanitario nazionale, di fatto non sono disponibili per chi non può permetterselo» denuncia Carlo Filippo Tesi, presidente di FederA-sma e allergie. «Oltre a dover comprare coprimaterassi antiacari, purificatori d'aria, aspirapolvere ad acqua ecc., i pazienti devono pagare colliri, spray nasali, pomate per la dermatite e l'orticaria, immunoterapie. Ma, per esempio, una rinite allergica lieve, se trattata saltuaria-

mente, può provocare conseguenze gravi, con costi maggiori anche per il Servizio sanitario».

Alcuni farmaci sono a carico del Servizio sanitario nazionale solo a determinate condizioni. «Per esempio» spiega Gian Luigi Marseglia, presidente della Società italiana di

allergologia e immunologia pediatrica – l'adrenalina è gratuita solo se prescritta dall'allergologo o dal pediatra allergologo; gli antistaminici (tranne la bilastina) sono in fascia A, quindi gratuiti, solo con la nota Aifa n. 89, ovvero solo per chi soffre di patologie allergiche di grado me-

dio o grave, per esempio *orticaria persistente non vasculitica o rinocongiuntivite allergica stagionale*, altrimenti sono in fascia C e si pagano. Cortisonici orali e aerosol sono prescrivibili in fascia A, sia da medici di base che da allergologi. I cortisonici nasali, invece, sono tutti in fascia C». Per quanto riguarda l'immunoterapia specifica «L'unica in fascia A, quindi a carico del Servizio sanitario nazionale, è quella per le graminacee. Va prescritta dallo specialista col piano terapeutico» ag-

giunge Mario Di Gioacchino, vicepresidente della Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica.

Come spesso accade in sanità, pazienti con la medesima malattia non hanno gli stessi diritti. Riferisce il presidente di FederAsma e allergie: «Ci sono Regioni che passano gratuitamente alcuni farmaci, per esempio spray nasali per la rinite allergica e immunoterapia specifica per gli allergici agli acari della polvere, in altre, invece, si pagano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La campagna

Visite gratuite per chi ha una diagnosi di asma allergica

«Circa 4 asmatici allergici su 10 non seguono correttamente la terapia prescritta dal medico e, in caso di emergenza, si affidano alla "bomboletta blu", cioè ai farmaci broncodilatatori che, però, consentono solo un sollievo temporaneo dei sintomi» dice Carlo Filippo Tesi, presidente di FederAsma e allergie. «Un buon controllo dell'asma, invece, passa attraverso l'aderenza alle terapie e visite

mediche regolari». Da qui l'iniziativa dell'associazione dei pazienti, patrocinata dalla Società italiana di allergologia, asma e immunologia clinica e dalla Società italiana di pneumologia: chi ha una diagnosi di asma, anche non allergica, potrà fare una visita gratuita, dal 3 al 7 giugno, in uno dei 40 Centri specialistici italiani di pneumologia o allergologia. Per prenotazioni: 800.628989.

IN OTTO MINUTI NON SI CURA

Il risicato tempo che la viene imposto per le visite è uno dei motivi dell'aumento della medicina difensiva, con ricadute sui pazienti e sui costi sanitari

di **Gabriele Bronzetti***

Si è appena concluso a Rimini il 50° congresso dell'Anmco (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri). Il programma prevedeva anche la presentazione dei dati dello studio Start (Stable coronary artery diseases registry), un registro nazionale condotto dal 2017 in circa 250 reparti di cardiologia per valutare i percorsi diagnostico-terapeutici delle persone con coronaropatia stabile. Sono stati coinvolti più di 5 mila pazienti.

La messe di informazioni raccolte è enorme e richiederà tempo per le analisi, ma dai primi dati si possono trarre considerazioni che vanno oltre i numeri e riguardano le fondamenta della professione medica, estendibili a tutte le specialità.

Per coronaropatia si intende l'aterosclerosi delle coronarie che si manifesta con angina pectoris e infarto e si può complicare con aritmie, scompenso e ictus. Coronaropatia è sinonimo di cardiopatia ischemica, condizione paradigmatica che coagula tutto quello che si dovrebbe e non si dovrebbe fare in tema di stile di vita, dieta, prevenzione, terapia, ricerca e informazione. La terapia si può avvalere di opzioni che vanno dal buon senso popolare alla medicina di precisione o personalizzata. Vale a dire intelligenza artificiale e intelligenza artigianale, tecnologie e umano discernimento.

Cosa emerge dallo studio Start? Che si fanno troppi esami invasivi e si parla poco con i pazienti. Se un malato cronico ha dolore toracico (non parliamo dell'infarto acuto) si fa prima a fargli una coronarografia e poi mettergli uno stent in una coronaria che parlargli per capire se davvero i suoi sintomi c'entrano con il restringimento di un'arteria: si mette in pie-

ga la coronaria con un «bigodino» metallico, lo stent, ma spesso è un intervento cosmetico, fatto senza sapere quello che c'è sotto l'acconciatura. E che cosa c'è sotto? La testa del paziente e la sua vita.

Entrandovi si scoprirebbe insieme che muoversi mezz'ora al giorno con impegno, smettere di fumare, mangiare bene, limitare l'alcol è salutare come e più del bigodino (pardon, stent). Otto minuti - il tempo che l'aziendalismo ospedaliero ormai riserva a una visita medica - sono pochi per riflettere con un malato ma bastano per far scattare il riflesso pavloviano che esita in una coronarografia o una Tac. È più facile entrare nelle coronarie con un catetere che nel cuore di una persona con le parole. Lo studio Start esorta specialisti cardiologi e medici di medicina generale a evitare un malinteso: slow medicine non significa lentezza nell'innovazione. Al contrario vuol dire virtuosa applicazione delle risorse, affrancata dalla medicina difensiva, per contrastare la seduzione della turbomedicina che al primo sintomo reagisce con prescrizioni onerose e non sempre utili.

** Cardiologia e Cardiochirurgia
Pediatria Osp. Sant'Orsola-Malpighi Università di Bologna*

**Se non viene
dato modo
di ascoltare
e parlare
è più facile
che si ordini
un esame
e si avvii una
procedura
piuttosto che
capire quale
sarebbe
l'approccio
più utile**



IN MEDICINA È FONDAMENTALE CHE CI SIA GIOCO DI SQUADRA

UNA COLLABORAZIONE
VERA PERMETTE
DI SUPERARE I LIMITI
INSITI NELLA
SUPERSPECIALIZZAZIONE
TECNICA, CHE TALVOLTA
È INDISPENSABILE

di **Marco Locatelli***

C'è una cosa che accomuna la medicina con l'arte di saperci fare tra i fornelli. Ci riflettevo alcuni giorni fa mentre ero a un convegno medico. Il concetto, alquanto semplice, può essere riassunto così: è facile conoscere tutti gli ingredienti necessari per una ricetta, ma è ben più difficile sapere quando, quanto e come mischiare i diversi alimenti per ottenere un piatto prelibato. In questo sta la vera differenza tra l'essere un «casalingo della domenica» (categoria in cui mi colloco io stesso) e un vero cuoco. Il successo di un grande ristorante, poi, è sempre frutto di uno speciale lavoro di squadra: ed è qui che sta l'analogia con ciò che accade in ospedale, dove deve coordinarsi un grande staff di dottori, ciascuno con compiti precisi, differenti e allo stesso modo importantissimi. Sempre più patologie richiedono approcci multidisciplinari, che permettono di affrontare il paziente e la sua malattia dai diversi aspetti che la contraddistinguono. Penso, ad esempio, ai disturbi del movimento come la malattia di Parkinson. Qui la sinergia tra neurologi, neurochirurghi, neurofisiologi, neuroradiologi e fisioterapisti è l'unica arma possibile per curare al meglio. Ogni specialista deve conoscere, riconoscere e rispettare il ruolo e le competenze di tutte le persone che lavorano nel team.

L'analogia con il lavoro dell'alta cucina è spontanea, se si pensa alla difficoltà di «orchestrare» la terapia medica (spesso complicata da mettere a punto, per il numero di farmaci necessari e per i loro corretti tempi e modi di somministrazione) con la terapia chirurgica (ad esempio il posizionamento di elettrodi per la stimolazione cerebrale profonda: che, a sua volta, richiede un lungo lavoro di regolazione dei parametri).

Gli ingredienti si hanno, il difficile è amalgamarli alla perfezione: e la cosa richiede il più grande lavoro di squadra. Un altro esempio viene dalla neuro-oncologia, in particolar modo per gli adenomi dell'ipofisi.

Qui gli ingredienti sono le implicazioni anatomiche (la sede in cui si



colloca la ghiandola nel cervello), quelle fisiologiche (con l'importanza degli ormoni che questa ghiandola produce) e quelle umane: perché gli adenomi sono una patologia difficile da trattare ma in molti casi benigna, e quindi con buone possibilità di guarigione.

Mai come in questo caso fare squadra tra diversi specialisti è il solo modo per garantire un risultato che può essere entusiasmante. Saper dosare i giusti esami e test, le diverse terapie, sapere quando introdurre una scelta chirurgica o la radioterapia così come decidere come eseguire i controlli a distanza è l'unica strada per offrire il meglio al paziente.

Spesso si sente dire che non esistono più i medici di una volta e che l'iper-specializzazione porta i singoli professionisti a una visione troppo limitata e settoriale. È una posizione che non condivido. Ci si dimentica spesso di come sia aumentata l'aspettativa di vita proprio grazie alla moderna medicina. Ma è indubbio che l'approccio multidisciplinare, che deve per forza di cose far superare egoismi e velleità di prevaricazione, permette di superare i limiti legati alla specializzazione.

Anche perché è proprio questa l'unica via possibile per la migliore conoscenza, per garantirci il migliore risultato e per consentirci di continuare a migliorarci. Che poi, è quello che facciamo ogni giorno in cucina.

**Neurochirurgo, Policlinico di Milano*

Prevenzione È arrivata l'ora degli smartwatch

Dispositivi indossabili e applicazioni
stanno diventando sempre più diffusi.
In Italia sono utilizzati soprattutto
per il monitoraggio degli stili di vita

di **Ruggiero Corcella**

Dispositivi indossabili (wearable) e App e stanno ormai entrando nella quotidianità dei cittadini: lo rivela il sondaggio condotto dall'Osservatorio Innovazione Digitale in Sanità del Politecnico di Milano in collaborazione con Doxapharma su un campione di mille cittadini statisticamente rappresentativo della popolazione italiana.

Secondo il report, il 41% degli intervistati utilizza un'applicazione di coaching o un dispositivo indossabile per il monitoraggio dello stile di vita. Tra i giovani sotto i 35 anni sono ancora più diffuse (55%), mentre l'uso diminuisce oltre i 55 anni (29%).

Lo strumento più presente è lo smartwatch, utilizzato da un cittadino su tre, con un vero e proprio boom rispetto all'8% registrato nel 2018.

Tuttavia, ben il 75% di chi usa le App non invia né comunica al proprio medico i dati raccolti, che rimangono quindi spesso inutilizzati.

«Nel caso in cui non ci si possa rivolgere a un medico per ricevere consigli su prevenzione e stili di vita in base a dati raccolti, potrebbe giocare un ruolo fondamentale un coach virtuale in grado di fornire, in modo proattivo e sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, consigli su come migliorare i propri comportamenti sulla base dei parametri monitorati, come l'ali-

mentazione e gli allenamenti. A oggi questa opportunità desta, tuttavia, un moderato livello di interesse da parte dei cittadini», sottolinea Emanuele Lettieri, responsabile scientifico dell'Osservatorio.

A detta degli esperti è proprio sul terreno della prevenzione che si gioca la partita più importante delle nuove tecnologie applicate alla sanità. Anche in Italia. «Da noi la prevenzione è sempre stata ricchissima di programmi, meno ricca di progetti, molto povera di progetti attuali — dice il professor Gianfranco Gensini, presidente di Digital Sit (Società italiana di telemedicina) —. Soprattutto nei campi dove più forte è l'indirizzo clinico, come l'ipertensione o lo scompenso, è stato fatto un lavoro essenzialmente non di prevenzione ma di gestione e di garanzia dell'aderenza ai protocolli, perché il digitale si presta molto bene anche a questo. È chiaro che lo spazio che adesso si sta creando e che ci si augura troverà modo di essere sostenuto è quello della gestione digitale dei percorsi di prevenzione con tutto quello che questo implica». Diventa interessante allora capire in concreto quali risultati si possano ottenere.

Alcuni esempi? I progetti presentati nell'ambito del «Premio eHealth4All» voluto proprio per promuovere iniziative in grado di rendere più accessibili comportamenti e stili di vita salutari. Degli otto finalisti per l'edizione 2017-2019 (la premiazione avverrà il 6 giugno a Milano in Assolombarda; per info e iscrizioni <https://ehealth4all.it>)

quattro si rivolgono a soggetti fragili come i parkinsoniani di «PD Watch» (Basilicata), i neurolesi utenti della carrozzina intelligente «Avanchair» (di Saronno), i trapiantati di midollo monitorati da «Timo» (Brescia) e i pazienti scompensati in riabilitazione cardiologica domiciliare («Ri.car.do», Trentino). Ci sono poi i pazienti cronici chiamati a gestire più terapie («Life charger», Lombardia) o ai quali la Regione offre di evitare il passaggio in studio per la ripetizione della ricetta medica, che arriva direttamente in farmacia ed è segnalata da un'app nel telefonino («Sanità Km Zero», Veneto).

E ancora app di prevenzione primaria che aiutano le famiglie a capire la posizione vaccinale (Giava, Puglia), o aiutano con sensori a monitorare il proprio stato di salute (Human Life Cycle Management, Puglia), o monitorano l'inquinamento indoor (Nuvap, Lombardia) o ancora rilevano la situazione cardiorespiratoria di una persona, sana o malata, con uno specchio «futuribile» e così riconoscono gli aggravamenti delle malattie cardiovascolari (Miracle, Puglia). Insomma la prevenzione 4.0 è già iniziata.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





La ricerca

Che cosa si usa

Il 41% degli intervistati
utilizza app di coaching
o dispositivi indossabili

Chi li adopera

App e wearable sono
più comuni tra i giovani
sotto i 35 anni (55%)

Orologi intelligenti

Una persona su tre
adopera soprattutto
uno smartwatch

Minori sempre online, è rischio psicosi

Sos dei pediatri: perdono ore di sonno, sono distratti e più scarsi nello studio

Otto su dieci sempre col telefonino Ossessione smartphone per il 60%

Dalle ultime ricerche Istat emerge, inoltre, che l'85% degli adolescenti tra gli 11 e i 17 anni usa quotidianamente il telefonino. Una percentuale che per le ragazze sale all'87,5%

Circa il 60% dei ragazzi, secondo le stime dei pediatri italiani, controlla lo smartphone come prima cosa appena sveglio e come ultima cosa prima di addormentarsi



**L'esperto
Pellai**

Un cellulare in mano a un bambino è come dare una moto a chi sa appena pedalare

Giulia Prosperetti
■ BOLOGNA

UNA CATTIVA abitudine che può trasformarsi in una vera e propria dipendenza con gravi danni per lo sviluppo e la salute dei ragazzi. A mettere in guardia i genitori dai rischi di un utilizzo eccessivo di smartphone e tablet è la Società Italiana di Pediatria (Sip) che – in occasione del 75esimo congresso nazionale su preadolescenti e adolescenti nella fascia d'età tra gli 11 e i 17 anni aperto ieri a Bologna – ha presentato un Position Statement che raccoglie diversi studi sul tema.

Secondo i dati in Italia oggi 120 mila adolescenti trascorrono su internet oltre 12 ore al giorno, mostrando sintomi importanti di patologie psichiatriche. Dalle ultime ricerche Istat emerge, inoltre, che l'85% degli adolescenti tra gli 11 e i 17 anni usa quotidianamente il telefonino (una percentuale che per le ragazze sale al 87,5% con un rischio di dipendenza tri-

plicato rispetto ai coetanei maschi) e il 72% naviga su internet tutti i giorni.

MODA E necessità che spesso possono diventare un'ossessione. Circa il 60% dei ragazzi controlla, infatti, lo smartphone come prima cosa appena sveglio e come ultima cosa prima di addormentarsi, il 63% degli adolescenti tra i 14 e 19 anni lo usa anche a scuola durante le lezioni e il 50% dichiara di trascorrere dalle 3 alle 6 ore extrascolastiche al giorno con lo smartphone in mano.

Il risultato, secondo la Sip sono fino a sei ore e mezza di sonno perse a settimana, disattenzione, distrazione nello studio e un aumento del 5% (secondo dati Usa) degli incidenti causati dallo smartphone.

«È INDISPENSABILE stabilire regole e limiti chiari nell'utilizzo dei media device», afferma il presidente della Società Italiana di Pediatria Alberto Villani. Per i pediatri è importante che i genitori vietino l'utilizzo di tablet e telefonino a tavola, mentre si fanno i compiti, prima di andare a dormire e nei momenti in cui la famiglia è riunita. «Condivido la posizione espressa dai pediatri che in maniera così forte e un po' drastica spingono i genitori a diventare

consapevoli che le vite online dei figli sono vite complesse da educare, monitorare e supervisionare – afferma Alberto Pellai psicoterapeuta dell'età evolutiva, autore, tra gli altri, di 'Tutto troppo presto' –. Nel momento in cui mettiamo nelle mani dei nostri figli uno strumento come lo smartphone quando sono ancora piccoli (adesso è il regalo più fatto per la prima comunione) facciamo un'operazione molto simile a quella di dare una motocicletta con un motore potente a un bambino che ha da poco imparato ad andare sulla bicicletta con le rotelle. È uno strumento che non risponde alla fase di crescita e di sviluppo in cui si trova il bambino, ha un impatto molto forte sulla sua crescita e sul suo funzionamento mentale e richiede competenze per le quali bambini così piccoli non sono allenati». Per Pellai «l'elemento chiave che viene fuori dai consigli dati dai pediatri è che i genitori devono generare delle zone franche nella vita dei propri figli, zone libere dalla tecnologia».

TRA I CAMPANELLI dall'allarme che possono indicare una dipendenza da dispositivi elettronici i pediatri segnalano «frequenti mal di schiena, mal di testa, modifiche nei ritmi del sonno, bruciore e lacrimazione degli occhi, mancanza di interessi e incapacità di staccarsi dallo smartphone».





I 5 consigli ai genitori

Imporre limiti

I genitori devono stabilire in modo chiaro le regole di utilizzo di tablet e smartphone

Pranzo e cena

Secondo i pediatri, l'utilizzo di tablet e telefonino andrebbe vietato quando si è a tavola

Studio

L'utilizzo di smartphone e tablet andrebbe limitato anche quando si fanno i compiti

A letto

Prima di andare a dormire sarebbe meglio tenere lontani i propri figli dagli smartphone

Aree libere

I genitori devono generare delle zone franche nella vita dei propri figli, zone libere dalla tecnologia



Pensieri

di VIVIANA
PONCHIA

PER AMORE PER FORZA

IN ONCOLOGIA lo chiamano 'caregiver primario'. Non è un ruolo che si sceglie. Arriva la diagnosi e lui è lì pronto a caricarsi sulle spalle il peso della malattia di chi ama. L'eletto. Per amore o per forza. Non si studia la parte. Si accetta di venire travolti dal punto di vista psicologico e fisico (a volte anche economico) e si va avanti. Sono notti bianche, giorni di attesa, angoscia senza fine. Ma bisogna stare lì. E non si vorrebbe essere in nessun altro posto. Alla fine ci si scopre forti e indispensabili. Si capisce che accompagnare qualcuno sui territori che portano a una guarigione faticosa o alla morte diventa spesso l'esperienza più importante della vita. Si dimentica persino quante volte, in quei mesi o anni di accudimento disperato, si ha avuto bisogno di una mano. Un'indagine condotta tra i caregiver dell'American Cancer Society ha stabilito che seguire in prima persona il percorso di cura richiede nei primi 2 anni dalla diagnosi un impegno di 8,3 ore al giorno. Si diventa tuttofare. Infermieri, autisti, interpreti per gli amici, stampelle emotive. E si perde il sonno, l'appetito, la rotta di un lavoro. Negli ospedali il caregiver primario è quello che emana più luce nella disperazione serale delle corsie. Quello che ha ancora un sorriso, una speranza, un cioccolatino in tasca. Dirgli bravo non basta. Bisogna accorgersi di lui in tempo e metterlo in condizione di arrivare intero al termine del viaggio.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le mie case per le famiglie dei malati

La onlus di Lucia Vedani: diamo conforto a chi ha pochi mezzi

Folgorazione

La fondatrice di CasAmica: «Portando i figli a scuola vedevo tanti sulle panchine davanti all'Istituto dei tumori...»

Anna Bogoni

ALL'INIZIO degli anni '80, Lucia Cagnacci Vedani era una giovane mamma che accompagnava a scuola i suoi 4 figli. Tutte le mattine, estate-inverno, aveva sotto gli occhi la stessa scena: decine di persone che recuperavano la valigia da sotto la panchina su cui avevano dormito, si lavavano in qualche modo alla fontanella ed entravano all'Istituto dei tumori, appena girato l'angolo. Erano i parenti dei malati sottoposti a cure oncologiche, degenti per lunghi periodi nella struttura, che aspettavano di rivedere i familiari, non potendosi permettere una sistemazione più confortevole.

Talvolta erano anche gli stessi malati che, sottoposti a chemioterapia, venivano congedati nel pomeriggio, ma dovevano ripresen-

tarsi il giorno seguente. «Non capivo chi fossero, avevo persino pensato di cambiare strada, per non vedere quel triste rito, ma non riuscivo a togliermi dalla testa che bisognasse fare qualcosa», ricorda Lucia Cagnacci, oggi presidente di CasAmica onlus, l'associazione che dà ricovero e sostegno ai familiari dei malati e ai malati stessi in 6 strutture, tra Milano e Roma.

TORNIAMO a quegli anni Ottanta, quando Lucia una mattina trova il coraggio di fermarsi, capire e poi di mettersi in gioco in prima persona. Conosce, così, decine di persone, tra cui Raso, innamorato della sua Sicilia, che piange non perché l'indomani verrà ricoverato ma perché tormentato dal pensiero della moglie che sarebbe rimasta sola in strada. E quella di Nino, un bellissimo ragazzo di 26 anni, malato di leucemia, tornato dall'America per farsi curare e che avrebbe dovuto sostenere un trapianto, assistito dalla madre.

«Li ho accolti nella prima casa e sono stati con noi un anno e mezzo; la mamma di Nino era sarta; con una raccolta di fondi le abbiamo preso una macchina da cucire e lei faceva gli orli per tutti, per non sentirsi di peso». Nel frattempo, infatti, il suocero aveva lasciato una somma all'Istituto dei tumori ma Lucia si era opposta e aveva affittato tre appartamenti a 100 metri dalla struttu-

ra, offrendo i primi 16 posti letto: era il 1986.

I PRIMI ANNI di volontariato per Lucia Cagnacci sono anche i più duri, lo scontro con il dolore, la morte di persone a cui si affeziona e poi l'impegno sul fronte economico, con la richiesta dei prestiti alle banche... Ma ha una tempra, d'acciaio, sicuramente ereditata dalla mamma, originaria di Pola, deportata per tre anni in campo di concentramento, sopravvissuta grazie a una grandissima fede e a una rete di solidarietà.

ANCHE Lucia non è sola e ha imparato a fare subito rete, a partire dalla famiglia, dal marito, dalla sorella, persino dai suoi figli, «che festeggiavano i compleanni dei coetanei in ospedale e se poi morivano erano tragedie, ma si piangeva insieme e si condivideva quel lutto. Aiutare a togliere un po' di sofferenza dalla vita degli altri ha dato un senso alla mia vita, mi ha regalato gioia. Anche se al dolore non ci si fa l'abitudine: per questo sto pensando di scrivere un libro per raccogliere tutte le storie delle persone che ho incontrato. Non sarà dei più allegri, certo, ma sicuramente conterrà pagine di vita vissute nella fede e nella speranza», dice Lucia Cagnacci, una delle donne più premiate a Milano; l'ultimo riconoscimento il cavalierato per i diritti umani, solo dieci giorni fa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MIGRAZIONE SANITARIA TANTI VOLONTARI, 6 STRUTTURE E 170 POSTI LETTO. «I DEBITI? CE LA FAREMO»

«Così aiutiamo seimila persone ogni anno»

OGNI ANNO il fenomeno della migrazione sanitaria coinvolge oltre 750.000 malati che si spostano per cercare una struttura idonea per le loro cure; CasAmica onlus, nata nel 1986, si occupa di accoglienza e mette a disposizione 6 case: 4 a Milano, di cui una dedicata ai bambini, una a Lecco e una a Roma per un totale di 170 posti letto e 6402 persone ogni anno. Lucia Cagnacci Vedani è la mente, il braccio e il cuore di questa organizzazione che oggi si avvale di oltre 120 volontari formati sia sotto il profilo psicologico, sia spirituale. «Attraverso il nostro sito (www.casamica.it) raccontiamo le nostre attività, riceviamo donazioni, accogliamo nuovi volontari. Offriamo ospitalità in cambio di una cifra simbolica di 10 - 15 euro al giorno

comprensiva di biancheria e pulizie, ma ovviamente veniamo incontro a chi non ha le risorse per pagare».

I COSTI appunto, come fate a sostenerli? «All'inizio è stato un passaparola, oggi contiamo sulle donazioni dei Service Club e dei privati e ovviamente ci aiutano le banche, che ci hanno sempre offerto mutui agevolati». La prossima CasAmica, ora in costruzione, aprirà a Segrate vicino all'ospedale San Raffaele e sarà dedicata ai malati che si sottopongono alle cure nel reparto di ematologia. «Sì, ho debiti», conclude Lucia, «ho 2 milioni di euro di mutui per la onlus, ma non mi preoccupa. Prima o poi qualcuno mi aiuterà, è sempre stato così, so che esiste la Provvidenza».

a.b.



IN MARCIA La manifestazione pacifica della onlus CasAmica. Al centro la presidente Lucia Vedani

Diritti

Conflitto di interessi Non fa danni se sono medici e Stato a dettare l'agenda

*La coscienza dei singoli e la forza
del Ssn. Per una partnership con le
aziende che tuteli la nostra salute*

di **DANIELA MINERVA**

C'è un baco nel sistema farmaci. E rischiamo di non vederlo. Indignati dal medico che si attovaglia con gli uomini delle aziende, dalle consulenze pagate ai professori magari come forma di pressione per far prescrivere questa o quella medicina, da frotte di pazienti riuniti in associazione foraggiati dalle industrie perché usati per fare pressione sulle autorità sanitarie. Ci indigniamo, poi però non vediamo quello che davvero ci danneggia: l'agenda di ogni passaggio che porta da un'idea a un farmaco, al suo uso nella nostra vita è scritta solamente dalle aziende che lo producono. Così non sappiamo se potrebbero esserci alternative che magari hanno un migliore impatto sulla nostra salute, se la scelta cade su un prodotto perché davvero è il migliore, se è usato nel modo più utile per noi e non per il fatturato di chi lo produce. Ogni singolo passo di questo gigantesco processo da cui dipende la nostra vita è scritto dalle industrie che, per statuto e giustamente, devono fare profitto. E lo Stato che fa? Per citare De André: «Si costerna, s'indigna, s'impegna. Poi getta la spugna con gran dignità». Ma davvero dobbiamo rassegnarci? Gli oncologi dell'Aiom (Associazione italiana di oncologia medica) se lo sono chiesto nelle Giornate dell'etica di Ragusa. Perché anche la più complicata delle questioni etiche si può aggredire, magari cominciando col dire che è solo la coscienza del singolo a fare da barriera, che forse le regole e le dichiarazioni sono foglie di fico. Ma soprattutto che senza il medico e senza il servizio sanitario nazionale le industrie non sono niente, giganti coi piedi di argilla. I medici comincino a dettare l'agenda, facendo le pulci a ogni passaggio dubbio. E i seminari di odio la smettano con la caccia alle streghe dei professori corrotti. Serve una partnership laica con le aziende. Ma senza piegare la schiena.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RAPPORTO SULLO STATO SOCIALE

«Il welfare aziendale taglia la sanità»

■ Dal Rapporto sullo stato sociale 2019 presentato ieri arriva la critica al «welfare occupazionale» usato in alternativa agli aumenti salariali. Per il curatore Fe-

lice Pizzuti ha come conseguenza il taglio alla sanità pubblica. Landini: servono convenzioni tra i fondi integrativi e il sistema sanitario nazionale. **FRANCHI 4**

PRESENTAZIONE DEL RAPPORTO SULLO STATO SOCIALE 2019

«Il welfare aziendale toglie fondi alla sanità pubblica»

MASSIMO FRANCHI

■ Un momento particolare per lo Stato sociale in Italia strattonato fra sedicente Reddito di cittadinanza e Quota 100 da una parte e welfare contrattuale e sue conseguenze dall'altra.

E COSÌ LA PRESENTAZIONE dell'annuale Rapporto sulla materia all'aula magna della facoltà di economia della Sapienza riunisce personaggi del calibro del presidente della camera Roberto Fico e l'appena nominato presidente dell'Inps Pasquale Tridico mentre il presidente della Repubblica Sergio Mattarella manda un caloroso messaggio in cui sottolinea come «lo stato sociale viene, in questi anni, sottoposto a continue tensioni, ed è necessario evitare che tutti i profondi cambiamenti che hanno investito la nostra struttura sociale ed economica si trasformino in esclusione ed emarginazione».

Di Maio dà forfait per i noti problemi, ma il dibattito sulle quasi 500 pagine di Rapporto curato come al solito da Felice Roberto Pizzuti, professore ordinario e direttore del master in Economia pubblica, e quest'anno incentrato sul tema «welfare pubblico e welfare oc-

cupazionale». E d'è proprio illustrando i numeri - e le conseguenze - del sempre più esteso welfare contrattuale che Pizzuti dispiega le novità più interessanti del volume. «Il welfare contrattuale è uno sconto fiscale per le imprese che hanno anche il vantaggio della fidelizzazione del proprio dipendente». L'utilizzo di aumenti contrattuali pagati tramite fondi defiscalizzati che i dipendenti utilizzano soprattutto per la sanità privata tolgono poi risorse alla sanità pubblica, stimati in oltre 2 miliardi.

SE IL VICEPRESIDENTE di Confindustria Maurizio Stirpe ha contestato i dati e la lettura di Pizzuti, il segretario generale della Cgil Maurizio Landini ha risposto invitando tutti al «pragmatismo». «Anch'io sarei più contento che gli aumenti salariali fossero reali e per far questo da tempo propongo di detassare gli aumenti dei contratti nazionali, ma oggi se vado da un lavoratore e gli chiedo: ti vanno bene 100 euro da usare nella sanità privata tassati al 10 per cento? Lui risponde sì». Sulle conseguenze negative in fatto di sanità pubblica Landini rilancia una sua proposta: «Prevedere che i fondi integrativi facciano convenzioni con il sistema sanitario nazionale

nelle varie regioni per favorire la sanità pubblica».

LA CHIUSA DI PIZZUTI sul tema è condivisa (non da Stirpe): abolire le leggi che detassano il welfare occupazionale e aumentare realmente i salari.

Mentre il presidente dell'ufficio parlamentare di bilancio (Upb) Giuseppe Pisauro lancia l'allarme tributario sul prossimo frutto avvelenato delle defiscalizzazioni salariali: «Succede la stessa cosa con la tassazione dei premi di risultato che hanno una aliquota al 10 per cento. Per le imprese basta alzare la quota di Premio rispetto al salario complessivo per risparmiare moltissime tasse».

Passando alla prima manovra del governo del cambiamento Pizzuti non è stato tenebroso. «La manovra si mantiene nel solco della austerità espansiva, che è fallita in tutta Europa, senza risolvere con Reddito di cittadinanza e Quota 100 il problema della lotta alla povertà e di un sistema previden-

ziale iniquo». a flessibilità in uscita dal mercato del lavoro introdotta con quota 100 «sarà usufruita verosimilmente da un numero limitato di lavoratori visto che le domande al 30 aprile erano solo 116mila con circa il 20 per cento bocciate mentre il governo ha stimato 360mila uscite nel 2019 per 4,8 miliardi di costo». Pizzuti poi torna a rilanciare l'allarme sulla «bomba sociale» per le pensioni future di precari e giovani proponendo il pagamento dei contributi da parte dello stato per i mesi di non contribuzione per una futura «pensione di garanzia».

SE SU QUESTO FRONTE il presidente dell'Inps Pasquale Tridico si appella alla quasi inutilizzata «pensione di cittadinanza», la difesa del reddito di cittadinanza - anche se ammette sia più un reddito minimo che di cittadinanza - è più motivata: «Le domande pervenute sul Reddito di cittadinanza sono, ad oggi, 1,2 milioni. Su queste, il tasso di rifiuto è del 25-27%. Sono tre milioni gli individui raggiunti, molto più del Rei. Reputo che questo sia uno strumento fondamentale per la coesione e per lo Stato sociale italiano. Rappresenta un passo di civiltà importante», conclude.

Critiche a Quota

100 e Reddito:

«È ancora austerità»

Tridico: aiutiamo

3 milioni di persone



Sanità in Calabria**Le scuse del ministro**

Prima gli attacchi e la bagarre poi le scuse e il passo indietro. Accade alla Camera durante la discussione sul decreto Sanità in Calabria. La ministra della Salute Giulia Grillo annuncia: "Nessuna nomina a commissario della Asl di Vibo per il collaboratore della deputata M5s Dalila Nesci". Poi le scuse ai colleghi dopo il richiamo del presidente della Camera, Roberto Fico: "Se in qualche modo ho mancato di rispetto all'Aula, mi scuso. Mi sono stati rivolti aggettivi dispregiativi, ma la mia è passione per quello che faccio: dovete consentirmi di avere passione".



▲ Giulia Grillo



**Medici e pazienti
connessi in tempo reale**

**I veri beneficiari della tecnologia di quinta generazione saranno le imprese e i settori
come l'assistenza sanitaria. Al via in Italia i primi progetti di telemedicina e teleassistenza**

Come cambia la cura con l'arrivo del 5G

Francesca Cerati

Recuperare le funzionalità dopo un ictus attraverso la realtà virtuale; interagire con i neonati ospitati nelle incubatrici; monitorare il periodo di convalescenza con dispositivi indossabili intelligenti. Questo è solo un assaggio di quanto promette la rete mobile di quinta generazione. È infatti l'assistenza sanitaria uno dei settori che più beneficerà della tecnologia 5G, eclissando i predecessori in almeno tre caratteristiche: capacità, latenza e personalizzazione. Con impatti positivi sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, i cui costi tendono a crescere a causa dell'aumento dell'età media della popolazione ma anche dell'incidenza delle malattie croniche. Con la telemedicina si potrebbero invece tenere sotto controllo da remoto i pazienti a rischio perché con l'infrastruttura 5G è molto più facile e affidabile l'utilizzo di software di intelligenza artificiale che analizzano i dati dei pazienti in tempo reale. Sensori di salute, dispositivi indossabili, dispositivi connessi e algoritmi intelligenti basati su grandi set di dati non possono infatti dipendere dalla natura fragile delle reti 4G o dalla larghezza di banda domestica. Soprattutto quando si tratta di dispositivi elettronici collegati ai dati dei pazienti. Ecco perché la tecnologia 5G potrebbe essere un punto di svolta in ambito sanitario: non solo garantirà molta più banda e maggiore velocità rispetto a oggi, ma sarà in grado anche di gestire servizi molto più complessi.

Secondo uno studio di Market research future, il mercato della telemedicina dovrebbe crescere a un tasso annuale del 16,5% da qui al 2023. Inoltre, secondo gli esperti, la maggiore capacità di penetrazione del 5G rispetto alle attuali reti wire-

less consentirà di realizzare davvero la telechirurgia, grazie alla bassissima latenza. I primi a cimentarsi sono stati i cinesi, secondo fonti locali. Lo scorso gennaio un chirurgo ha rimosso il fegato di un animale da laboratorio a circa 50 chilometri di distanza usando il robot da Vinci e la rete 5G. Poi, a marzo, il dottor Ling Zhipei, dell'Ospedale Pla di Pechino, avrebbe eseguito un intervento chirurgico al cervello su un paziente a 3000 chilometri di distanza - la prima telechirurgia sull'uomo senza fili segnalata.

«La rete 5G ha risolto problemi come il ritardo dell'immagine e del telecomando sperimentato con la rete 4G, garantendo un funzionamento quasi in tempo reale» aveva commentato il chirurgo. In effetti, il grande vantaggio della ridotta latenza è che limita la possibilità di errori e consente al chirurgo di lavorare come se fosse effettivamente presente nella stessa stanza. La tecnologia non solo migliora la chirurgia a distanza, ma apre anche la porta al trasferimento delle competenze, creando l'«Internet of skills».

E poi c'è il grande campo della diagnostica. La risonanza magnetica, la Pet e le altre tecniche di imaging generano file di grandi dimensioni, un problema se devono essere inviate a uno specialista per una revisione o un teleconsulto. L'aggiunta di una rete 5G ad alta velocità alle architetture esistenti può aiutare a trasportare in modo rapido e affidabile enormi file di dati di immagini mediche, che possono migliorare sia l'accesso all'assistenza che la qualità dell'assistenza. In Texas, presso l'Austin Cancer Center, l'introduzione della rete 5G ha permesso di trasmettere tanti dati da una parte all'altra della città in tempo reale. «Eravamo abituati a ricevere i file dopo ore - afferma Jason Lindgren, Cio dell'Austin Cancer Center - Ora, non appena il paziente termi-

na l'esame, l'analisi diagnostica è già in corso».

E in Italia? Tra i primi servizi disponibili ci saranno proprio l'assistenza medica a domicilio e la telemedicina. Secondo l'Agenda digitale italiana i servizi di eHealth vedranno infatti incrementare i finanziamenti pubblici da 2 a 7,8 miliardi di euro, per arrivare nel 2020 a un impegno complessivo stimato che sfiora i 10,2 miliardi. Una prima sperimentazione di telemedicina per la diagnosi remota e il monitoraggio a distanza dei parametri vitali dei pazienti onco-ematologici è stata avviata nel reparto di ematologia e terapia cellulare dell'Ircss Giovanni Paolo II di Bari. Un modello di home care che riduce al minimo o elimina gli accessi in ospedale, realizzato insieme a Fastweb. E per i controlli è stata allestita un'unità mobile su un furgone attrezzato e connesso in 5G: gli infermieri portano a casa del paziente gli strumenti medici per le visite necessarie e poi, dal furgone stesso, trasmettono i risultati all'ospedale. A Milano, Vodafone insieme all'Ospedale San Raffaele, Croce Rossa e Azienda regionale emergenza urgenza (Aeu) è in sperimentazione un'ambulanza connessa 5G, dotata di smart glasses e intelligenza artificiale pensata soprattutto per le persone colpite da ictus per garantire loro il soccorso in minor tempo possibile. La rete ultraveloce, infatti, permette un'interazione in tempo reale tra il medico in ospedale, il paziente e il soccorritore. E sempre a Milano, per i pazienti affetti da scompenso cardiaco, Vodafone, con l'Istituto Humanitas di Milano, la startup L.I.F.E. e l'azienda tecnologica Exprivia Italtel, ha lanciato un progetto di Iomt (Internet of medial things) per monitorare lo stato di salute in tempo reale da casa grazie al 5G e indumenti dotati di sensori continuamente attivi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Le reti 5G. Il 5G consente ai dispositivi di scaricare dati a più di 1 gigabit al secondo. Ovvero almeno 1000 volte più veloce rispetto ai servizi 4G



Ling Zhipei. Il chirurgo cinese dell'ospedale di Pechino che ha eseguito un intervento al cervello su un paziente a oltre 3000 chilometri di distanza

Galilei, il Tar 'frena' gli investimenti

Toscana Aeroporti: «Piani da rivedere». Altolà bipartisan

SERVIZI
■ A pagina 4

«Non scappiamo, ma i piani vanno rivisti»

Dopo la sentenza del Tar, Toscana Aeroporti frena. Conti: «Mantenete gli impegni»

IL VICEPRESIDENTE

«Non è una ritorsione
ma dobbiamo
procedere di pari passo»

di GABRIELE MASIERO

«SIAMO una società unica e come tale dobbiamo muoverci. Non c'è alcun ridimensionamento per Pisa, né tanto meno facciamo ricatti, tuttavia è evidente che dovremo ricalibrare il piano di investimenti e procedere di pari passo con lo sviluppo di Peretola, ma restiamo convinti delle nostre buone ragioni e confidiamo in un pronunciamento da parte del Consiglio di Stato». Il vicepresidente di Toscana Aeroporti, **Roberto Naldi**, commenta così la sentenza del tar che ha bocciato la Via per la nuova pista di Peretola e stoppato il progetto di realizzazione dell'ampliamento dello scalo fiorentino, sparando di conseguenza una cannonata sul piano di svilup-

po programmato dalla proprietà della società di gestione unica degli aeroporti toscani.

«IL PIANO degli investimenti non lo cancelliamo - spiega Naldi - ma dobbiamo tenere in considerazione la battaglia legale in corso e procedere senza fughe in avanti. Con le istituzioni locali abbiamo preso degli impegni, i rapporti sono ottimi ma dobbiamo fare di necessità virtù e ricalibrare il nostro piano economico finanziario diluendo nel tempo i nostri investimenti in base ai ritardi che provoca questa sentenza del Tar. Chi contrappone Pisa a Firenze, o viceversa, mistifica la realtà. Noi ragioniamo tenendo insieme i due aeroporti e se si frena uno si rallenta anche la programmazione dell'altro. Non può essere diversamente, perché sono per prime le banche che ci finanziano gli investimenti a chiederci garanzie precise». la vicenda, però, crea apprensione in città e il primo a far-

si portavoce di queste preoccupazioni è il sindaco, **Michele Conti**: «Chiedo a Toscana Aeroporti di mantenere gli impegni presi e confermare gli investimenti sull'aeroporto pisano, a cominciare dall'ampliamento del terminal che è divenuto ormai improcrastinabile». Il sindaco però non intende mettersi in contrapposizione con la società e, anzi, precisa: «Comprendo le preoccupazioni che ha dal punto di vista imprenditoriale - aggiunge Conti - e che questo stop possa incidere sui piani finanziari già deliberati, tuttavia, soprattutto in alcuni periodi dell'anno, il terminal del Galilei è letteralmente preso d'assalto dai passeggeri e necessita di interventi radicali per aumentare i gate e potenziare l'accoglienza, pertanto chiedo alla società di fare uno sforzo e proseguire nella tabella di marcia già individuata per realizzare gli interventi senza necessariamente aspettare l'esito dei ricorsi davanti al Consiglio di Stato».

LA VICENDA

Il Tar boccia la Via E Peretola torna in alto mare

IL TAR della Toscana ha accolto i ricorsi dei comitati del no all'ampliamento di Peretola e dei sindaci della piana fiorentina, bocciano la Via, la valutazione di impatto ambientale che dava il via all'operazione. Già annunciati i ricorsi di Governo, Regione e Toscana Aeroporti al Consiglio di Stato, ma così i tempi si allungano e i vertici della società di gestione degli aeroporti toscani ha deciso di riprogrammare il piano degli investimenti già deciso: ciò potrebbe determinare uno slittamento del piano di sviluppo previsto per il «Galilei».





IMPEGNO Da sinistra Roberto Naldi e il sindaco Michele Conti

LE REAZIONI LA POLITICA CONTRO LA SOCIETÀ E FILIPPESCHI ATTACCA: «DOVE SONO FINITI GLI UTILI?»

Altolà bipartisan a Naldi: «No ai ricatti»

«SIAMO di fronte a un tentativo di "ricattare" Regione e Comuni di Firenze e Pisa. Sono modi di lavorare che lasciano sconcertati. Valuteremo le iniziative più opportune da portare all'attenzione del Consiglio comunale sperando che si possa arrivare a una risposta che impegni tutti indipendentemente dalla collocazione di ogni gruppo consiliare». Lo afferma il capogruppo del Pd, Giuliano Pizzanelli, commentando le dichiarazioni del vicepresidente di Toscana Aeroporti, Roberto Naldi, dopo la sentenza del Tar della Toscana. E di «ricatto bello e buono che conferma la natura meramente speculativa dell'operazione di privatizzazione del sistema aeroportuale toscano» parla anche Diritti in comune. Secondo il segretario provinciale della Cgil, Mauro Fuso, «sul sistema aeroportuale toscano si muovono legittimi interessi e iniziative amministrative precise: tutti sono obbligati al rispetto di regole, disposizioni e atti come l'ultimo del Tar sull'aeroporto di Peretola e se non si è d'accordo si ricorre, ma è inconcepibile e inaccettabile che si subisca in silenzio il velato 'ricatto' di Corporacion America».

INFINE, per l'ex sindaco Marco Filippeschi il Galilei «non deve pagare lo stop dato dal Tar alla nuova pista di Firenze: non c'è ragione d'interesse pubblico che giustifichi quella che a tutti appare una ritorsione». «E' la seconda volta - ricorda - che Corporacion America blocca l'investimento fondamentale che rimane da fare sul Galilei, deciso nel 2012 e al quale diede il via il cda della società, con il privato già maggioritario, nel 2015. L'aeroporto scoppia nei mesi di punta e l'accoglienza dei passeggeri è assolutamente inadeguata. Mentre anno dopo anno la società ha fatto utili, anche grazie agli investimenti decisi quando la società era a maggioranza pubblica. Dove vanno a finire questi utili? Perché dopo la privatizzazione, do investimenti strategici a Pisa non se ne sono più realizzati? Il sindaco prenda una posizione chiara e autonoma in difesa del Galilei. E il presidente della Regione Toscana rivendichi e difenda il grande e riuscitissimo piano d'investimenti che insieme, in pochi anni, abbiamo contribuito a realizzare. Anche il governo, depositario del Piano di sviluppo aeroportuale toscano, dev'essere chiamato in causa dai parlamentari pisani di ogni orientamento».



**L'ex sindaco
accusa**

**E' la seconda volta
che si bloccano
investimenti già decisi
gli anni scorsi: il sindaco
e la Regione difendano
il Galilei e la costa toscana**



AMICI DI PISA

«Confermate
le nostre idee
Firenze ha
perso tempo»

«**IL TAR** della Toscana ha ribadito ciò che tanti esperti avevano già detto e ripetuto ai nostri convegni dedicati al progetto di ampliamento dell'aeroporto di Peretola. Sarebbe stato sufficiente ascoltarci per evitare questa situazione». E' quanto affermano in una nota congiunta **Stefano Ghilardi** presidente degli Amici di Pisa e **Gianni Conzadori**, presidente del comitato dei piccoli azionisti di Toscana Aeroporti, che precisano: «La documentazione prodotta nei ricorsi al Tar sottolinea la presenza di opere di considerevole impatto ambientale ed evidenzia che la documentazione progettuale sulle opere idrauliche, prodotta originariamente in sede di Via, non conteneva le relazioni geologiche, sismiche e idrologiche, nonché le verifiche geotecniche». Insomma, secondo Conzadori e Ghilardi, erano da tempo

agli atti una serie di prescrizioni che sarebbero state ignorate dal nuovo masterplan e che hanno prodotto inutili ritardi nell'adeguamento dello scalo fiorentino. Oggi, quindi concludono Ghilardi e Conzadori, «il cittadino, a cui si chiede di contribuire alla realizzazione del nuovo aeroporto, si domanda se non fosse più semplice e meno costoso ottemperare alle prescrizioni del Decreto di Via del 2003, adeguando la pista attualmente in uso e garantendo così 15 anni di maggior sviluppo? Perché Firenze ha volutamente ignorato tali prescrizioni, tra l'altro tuttora obbligatorie e ribadite anche da un Decreto Decisorio del Presidente della Repubblica? Avrebbe avuto da tempo lo sviluppo oggi reclamato e avrebbe evitato il contenzioso in atto con la Piana».



EMERGENZA IN CENTRO

Non risponde in casa Gli agenti si calano dal tetto: salvata

L'EMERGENZA, nelle prime ore di ieri, quando è giunta una segnalazione alla sala operativa della Questura da parte della centrale 118 per una ragazza con problemi psichiatrici. Si temeva per la sua incolumità, perché non rispondeva al telefono né al campanello della sua abitazione in centro storico. Così, gli agenti delle Volanti e dei vigili del fuoco, viste le preoccupazioni dei sanitari, dopo aver staccato gas ed elettricità, mettendo così in sicurezza il palazzo, e individuata con difficoltà la finestra dell'appartamento, sono saliti attraverso una autoscala sopra il tetto scivoloso per la pioggia, saltando poi su un terrazzino dell'abitazione. In poco tempo sono entrati nell'alloggio, senza, però, cercare di allarmare la ragazza che è apparsa poco lucida agli agenti



GLI OPERATORI, una volta nell'abitazione hanno fatto entrare il personale sanitario, sempre cercando di tranquillizzare la giovane che si era nel frattempo barricata in bagno.

Il delicato intervento si è concluso con la apertura forzata della porta del bagno, riuscendo così ad affidare la ragazza alle cure del medico che l'ha portata in ospedale per un controllo più approfondito.



LA POLEMICA

«Stop a Peretola, effetti su Pisa» Il nodo aeroporti agita la politica

FIRENZE. Non c'è pace per gli aeroporti toscani e per Toscana aeroporti. Terreno perfetto per la polemica politica tra il ballottaggio per le comunali di Prato e l'avvio della corsa per l'elezione del presidente della Regione. Il pronunciamento del Tar blocca la nuova pista di Peretola e gli effetti si propagano subito su Pisa in quell'organismo gemellare che è Toscana aeroporti. Così dopo la reazione stizzita dell'ad Marco Carrai, arrivano le dichiarazioni di Roberto Naldi, presidente di Corporacion America Italia, azionista di maggioranza di Ta che parla di una ricaduta negativa su Pisa e di un inevitabile ritardo nei lavori di ampliamento del Galilei. Apriti cielo, per molti in questa uscita tira aria di ricatto. Parte una sequela di appelli a tenere distinti i due fronti. Dal governatore Enrico Rossi, al sindaco di Pisa, Michele Conti, dalla Cgil pisana alla consigliera regionale Pd Alessandra Nardini, tutti chiedono di non bloccare il potenziamento dello scalo pisano e di confermare gli investimenti.

Naldi affida la sua risposta a un'intervista al Tirre-

no: «Nessun ricatto da parte nostra, nessuno stop agli investimenti su Pisa. Toscana Aeroporti è un'unica società e come tale deve essere gestita». «Non esiste un piano Firenze e un piano Pisa - spiega ancora Naldi - ma un unico piano del sistema aeroportuale toscano dove la redditività di Firenze e la sua finanziabilità supportano anche la capacità della società di investire senza contributi pubblici su Pisa». Ergo, se si blocca l'intervento su Firenze, è inevitabile la ricaduta su Pisa.

Il pronunciamento del Tar aveva già scatenato le polemiche politiche. Con il governatore Rossi che, annunciando il ricorso al Consiglio di Stato, se la prendeva anche duramente con i sindaci di centrosinistra di Prato, Campi Bisenzio, Sesto Fiorentino, Carmignano, Poggio a Caiano, Calenzano (400.000 abitanti in tutto) accusandoli di essere ammorbatati dal grillismo" per essersi messi a fianco dei comitati contro la pista. Non esattamente il massimo alla vigilia della campagna elettorale per le elezioni del nuovo presidente della Regione.



Roberto Naldi, presidente di Corporacion America Italia



IL DIBATTITO

Il sindaco: «La società mantenga gli impegni»

PISA. Sul caso aeroporto e l'ipotesi slittamento degli investimenti su Pisa è intervenuto anche il sindaco di Pisa, **Michele Conti**. «Da sindaco chiedo a Toscana Aeroporti di mantenere gli impegni presi e confermare gli investimenti sull'aeroporto pisano, a cominciare dall'ampliamento del terminal che divenuto ormai improcrastinabile. Comprendo le preoccupazioni che hanno dal punto di vista imprenditoriale, tuttavia, soprattutto in alcuni periodi dell'anno, il terminal pisano letteralmente preso d'assalto dai passeggeri e necessita di interventi radicali per aumentare i gate e potenziare l'accoglienza. Pertanto chiedo a Toscana Aeroporti di fare uno sforzo - ha concluso Conti - e proseguire nella tabella di marcia».

«Pisa non deve pagare lo stop dato dal Tar alla nuova pista di Firenze - tuona invece l'ex sindaco **Marco Filipeschi** - . Non c'è ragione d'interesse pubblico che giustifichi quella che a tutti appare una ritorsione. Sottolineo, d'interesse della Toscana intera. È la seconda volta che Corporation America, il privato che controlla la Toscana Aeroporti, dopo l'acquisto delle azioni vendute dalla Regione (con la contrarietà delle istituzioni pisane), blocca l'investimento fondamentale che rimane da fare sul Galilei. L'aeroporto scoppia nei mesi di punta e l'accoglienza dei passeggeri è assolutamente inadeguata. Proprio perché la gestione è unica e integrata l'investimento già deciso su Pisa darebbe un sicuro vantaggio, tanto più quando vi è l'incertezza sulla realizzazione di quello di Firenze. —



Nuovo terminal in aeroporto «Tempistica da rivedere»

Lo conferma il presidente di Corporacion America Italia, Roberto Naldi. Ma il sindaco incalza: «Toscana Aeroporti rispetti gli impegni». / APAG. 4 E IN CRONACA

SLITTANO I LAVORI AL GALILEI

Nuovo terminal Naldi conferma: «Tempistiche da rivedere»

È l'effetto della sentenza del Tar sulla pista di Peretola
«Non esiste un piano Firenze e un piano Pisa»

PISA. «Nessun ricatto da parte nostra, nessuno stop agli investimenti su Pisa. Toscana Aeroporti è un'unica società e come tale deve essere gestita». **Roberto Naldi**, presidente di Corporacion America Italia, azionista di maggioranza di Toscana Aeroporti di cui è vicepresidente esecutivo, ieri mattina si è trovato a dover gestire un "fronte pisano" bollente per alcune considerazioni apparse su *Repubblica* e relative agli investimenti previsti nel piano economico e finanziario della società per il Galilei. Il tema era ed è quello degli effetti che il pronunciamento del Tar sulla Via per la nuova pista dell'aeroporto di Firenze, annullata dal tribunale amministrativo regionale, avrà per Pisa. E il punto "giuridico" è evidentemente anche economico: niente pista a Peretola (per ora) niente finanziamento pubblico da Roma per la realizzazione dell'infrastruttura. Di conseguenza occorre rivedere il piano economico e finanziario della società con la certezza

di un allungamento dei tempi per la realizzazione degli investimenti su Pisa: 40 milioni di euro circa, lo ricordiamo, nell'ambito dei quali la parte del leone la fa l'ampliamento del terminal finalizzato a aumentare la capacità aeroportuale del Galilei fino a 6,5 milioni di passeggeri annui.

E siamo al dunque: se è vero che rivedere i piani aziendali significa «gestire correttamente la società, da "buon padre di famiglia"», per usare le parole di Naldi, è altrettanto inevitabile che la questione abbia effetti politici, perché il tema, tanto per ribadire, era ed è il rapporto tra Firenze e Pisa.

Alla luce del pronunciamento del Tar cosa deve attendersi Pisa?

«Il nuovo piano economico e finanziario di breve periodo prevederà la continuazione delle progettazioni esecutive di Pisa come se nulla fosse successo, solo probabilmente le tempistiche saranno da rivedere all'interno del piano economico e finanziario del

Gruppo».

Qualcuno però, in questa annunciata revisione della tempistica, ha subito letto un ricatto.

«C'è chi a questa vicenda vuole dare una lettura politica distorta. Basterebbe saper leggere le interviste e non solo i titoli. Qualcuno ha addirittura fatto riferimento a "velati ricatti" di Corporacion America verso la Regione ed il Comune. Semmai dovrebbero essere per prime la Regione (cosa che ha già fatto con le parole del Presidente Rossi) ed il Comune di Pisa in qualità di azionisti pubblici di Toscana Aeroporti a chiederci di rivedere il piano investimenti con l'obiettivo di mettere al ri-



paro i conti di Toscana Aeroporti».

Cosa succederà adesso?

«Prima della fusione con Firenze, il progetto di ampliamento dell'aeroporto di Pisa prevedeva un iter a più fasi (4) e con tempi più dilatati nel tempo perché l'aeroporto stand alone non aveva la capacità di supportare l'investimento *tout court* in tempi brevi. In seguito alla fusione, la massa critica del Gruppo è cresciuta ed è per questo motivo che abbiamo deciso di comprimere in 2 fasi l'ampliamento del terminal, dove la prima fase – la più significativa – vale circa 40 milioni di euro di investimento e prevede la crescita della capacità aeroportuale fino a 6,5 milioni di passeggeri e oltre. Non esiste un piano Firenze e un piano Pisa, ma un unico piano del sistema aeroportuale toscano dove la redditività di Firenze e la sua finanziabilità supportano anche la capacità della società di investire senza contributi pubblici su Pisa. Oggi la capacità di stanziare risorse per lavorare solo a Pisa sarebbe limitata e bisogna inevitabilmente rianalizzare i tempi confermando ovviamente il progetto. Se oggi Pisa può permettersi di dare un contributo di 14 milioni annui a Ryanair è anche perché il sistema aeroportuale lo consente. È un sistema che si regge su due gambe».

Vi attende ora un secondo round, al Consiglio di Stato per sbloccare l'intervento su Peretola. Siete fiduciosi?

«Siamo convinti del buon esito del ricorso al Consiglio di Stato ma le incertezze sui tempi ci costringono a rivedere nel breve periodo il nostro piano economico e finanziario. Una corretta gestione aziendale da "buon padre di famiglia" ci impone di rallentare i tempi dell'ampliamento del terminal di Pisa, il cui investimento e progetto rimangono assolutamente prioritari e confermati».

Valentina Landucci
Altro servizio a pag. 4

IL SINDACATO

La Cgil all'attacco: «Un velato ricatto inaccettabile»

«Sul sistema aeroportuale toscano si muovono legittimi interessi e iniziative amministrative precise. Tutti sono obbligati al rispetto di regole, disposizioni e atti come l'ultimo del Tar. Se non si è d'accordo si ricorre, ma è inconcepibile e inaccettabile che si subisca in silenzio il velato 'ricatto' di Corporacion America sugli investimenti sullo scalo pisano». Lo afferma Mauro Fuso, segretario Cgil Pisa a commento delle parole di Roberto Naldi. «Stupisce - aggiunge - il silenzio del sindaco di Pisa sulla vicenda».



Roberto Naldi, presidente di Corporacion America Italia

Morì in cantiere: inchiesta chiusa, 6 indagati

Caduta fatale dal ponteggio di uno yacht in allestimento nel capannone della Seven Stars. La vittima aveva 39 anni

Contestata l'accusa di omicidio colposo per le responsabilità sui luoghi di lavoro

Pietro Barghigiani

PISA. Chiusa l'inchiesta sulla morte in un cantiere navale di un saldatore di 39 anni cascinese avvenuta nella notte tra il 13 e il 14 febbraio 2018.

Il sostituto procuratore **Miriam Pamela Romano** ha inviato l'avviso di conclusione delle indagini alle sei persone indagate per omicidio colposo in concorso subito dopo l'infortunio sul lavoro in cui perse la vita **Alessandro Colombini**, sposato e padre di un figlio che ha oggi 9 anni. Due indagati, assistiti dal professor **Enrico Marzaduri** e dall'avvocato **Riccardo Carloni**, hanno chiesto di essere interrogati prima che il magistrato proceda alla richiesta di rinvio a giudizio. Avevano presentato anche memorie scritte per spiegare la loro posizione, ma non sono servite per uscire dall'inchiesta.

Al centro delle contestazio-

ni la gestione del ponteggio dal quale precipitò Colombini durante i lavori su uno yacht in allestimento nel cantiere Seven Stars ai Navicelli. Un volo di 14 metri che non gli lasciò scampo. Restano indagati, al termine degli accertamenti della Procura e dopo aver acquisito consulenze tecniche e relazioni Asl, il titolare della Seven Stars, **Davide Mugnaini**, 55 anni, di Massarosa; **Davide Piccolino Corsico**, 61 anni, di Santa Margherita Ligure, responsabile dell'area tecnica dell'azienda; **Alessandro Del Sarto**, 50 anni, di Visignano, capobarca dello yacht in refitting; **Gabriele Del Dotto**, 45 anni, di Camaiore, responsabile della ditta di verniciatura; **Giuliano Gallinari**, 56 anni, di Arena Metato, titolare dell'azienda fornitrice del ponteggio; **Michele Puccini**, 47 anni, di Cascina, titolare della Mp Metal, alle cui dipendenze lavorava Colombini. Corsico e Mugnaini hanno chiesto di essere interrogati. La difesa dell'imprenditore vuole sottolineare l'assenza di responsabilità in forza di una delega specifica sul fronte della sicurezza nei luoghi di lavoro. Un atto

che, secondo il titolare della società, lo metterebbe al riparo da conseguenze penali in relazione agli effetti su presunte mancanze riscontrate nel corso delle indagini. Alla base dell'inchiesta, sulla quale avranno un peso le perizie incrociate di accuse e difesa, non c'è solo la dinamica del volo, ma anche l'allestimento dell'impalcatura. Su quel ponteggio c'erano saldatori e verniciatori. Agli indagati viene imputata una responsabilità oggettiva sul presunto mancato rispetto delle norme e l'informazione al personale circa la sicurezza sui luoghi di lavoro. Ma c'è anche chi era sul posto e, senza prevederne l'esito, ha coperto il buco tra una tavola e l'altra con il telo per proteggere il ponteggio dalla vernice. Lo scenario ipotizzato è che per non imbrattare le tavole del ponteggio nella fase di verniciatura dello yacht siano stati stesi dei teli di nylon. Il saldatore nello spostarsi ha messo il piede in un punto in cui non c'era il pannello. Solo che non poteva saperlo perché il vuoto era coperto dal nylon. E attorno all'impalcatura non c'erano appigli o protezioni a cui aggrapparsi. —





Nel riquadro Alessandro Colombini e nella foto grande il cantiere dove è morto

(FOTOMUZZI)

STOP EPATITE C

Salute globale

Un mondo senza il virus è possibile

di ANNA LISA BONFRANCESCHI

I nuovi farmaci riescono a cancellare l'agente infettivo nel 96 % dei casi. E perciò l'Oms ha posto un obiettivo ambizioso: ridurre la mortalità del 65% entro il 2030. Sulla via dell'eradicazione L'Italia ce la può fare. Bisogna però scovare e curare tutti i malati che non sanno di esserlo

Ci siamo, quasi. La missione della lotta al virus dell'epatite C (Hcv) oggi in Italia è tutta in quel quasi. Abbiamo quasi vinto la sfida dell'eliminazione del virus. Siamo sulla buona strada per raggiungere gli obiettivi fissati dall'Oms: ridurre del 65% la mortalità correlata al virus, mirando a diagnosticare il 90% delle infezioni e a ridurre dell'80% le nuove infezioni entro il 2030.

E almeno per uno degli obiettivi, quello della riduzione della mortalità, il traguardo può dirsi già tagliato: «Abbiamo raggiunto una riduzione della mortalità correlata all'Hcv superiore al 50% – racconta Loreta Kondili, responsabile scientifica della Piattaforma italiana per lo studio della terapia delle epatiti virali (Piter), un progetto coordinato dall'Istituto superiore di sanità – e arriveremo al 65% nel 2023, quindi il primo target dell'Oms può essere considerato già raggiunto».

Merito dei farmaci, i nuovi antivirali ad azione diretta (Directly Acting Antivirals – DAA), ad alta efficacia e tollerabilità per i pazienti, che nel giro di tre mesi cancellano il virus nel 96% dei casi, e che sono disponibili per tutti i pazienti con infezione cronica da Hcv, indipendentemente dalla gravità del danno del fegato. Ma perché l'Italia rimanga

sulla buona strada è necessario che il numero dei pazienti trattati rimanga elevato. «Le stime ci dicono che tra il 2025 e il 2028 quelli con diagnosi certa da trattare finiranno», chiosa Kondili. Ma resteranno le persone che non sanno di avere contratto il virus. Secondo i calcoli di EpaC Onlus esiste ancora una buona quota di sommerso, a cui vanno aggiunti tutti coloro che pur sapendo di avere il virus non accedono ai farmaci capaci di cancellarlo. In totale potrebbero essere tra i 270 e i 330 mila persone.

Per questo, quando si parla di epatite C, le parole chiavi che risuonano tra gli addetti ai lavori sono sommerso e *linkage to care*: da una parte servono screening mirati per trovare chi ha il virus e non lo sa e dall'altra urge



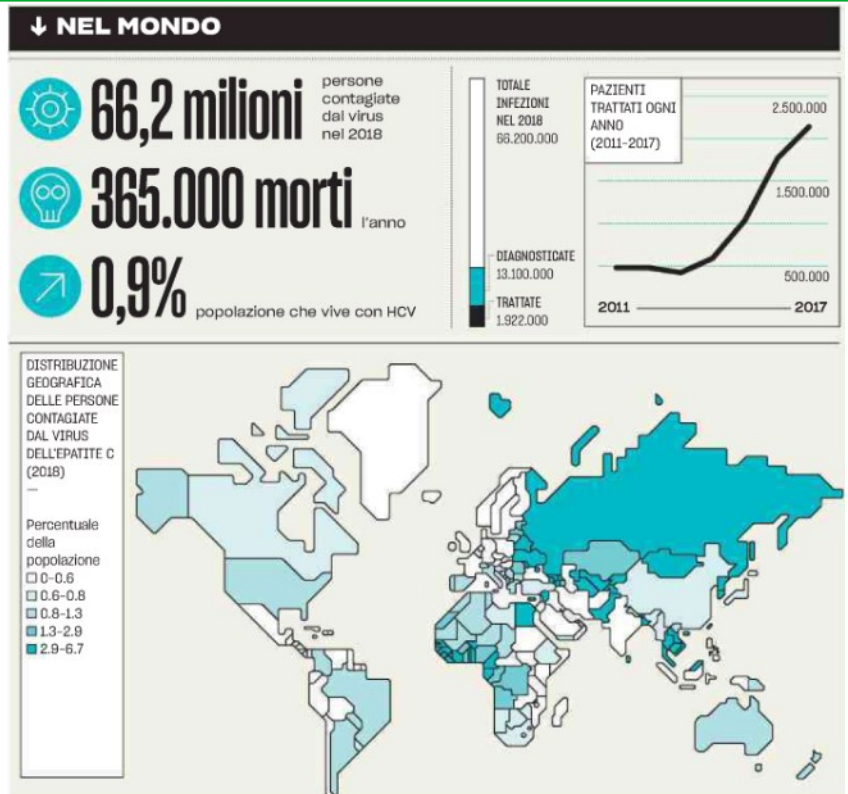
dare i nuovi farmaci a tutti, a quelli che ancora oggi rimangono fuori dai trattamenti che guariscono dall'infezione. «Riceviamo segnalazioni di persone che non sono in carico a nessun centro per i nuovi farmaci, ancora oggi ogni settimana circa un quinto dei pazienti che iniziano un trattamento sono malati gravi con cirrosi. Non è accettabile che qualcuno scopra solo oggi di poter guarire», denuncia Massimo Conforti, vicepresidente di EpaC Onlus.

Quello che è mancato, a detta di Conforti, è stata un'intensa attività di informazione, della popolazione e dei medici cui spetta il compito di indirizzare i propri pazienti ai centri prescrittori per la somministrazione dei nuovi DAA. «Chi è informato e si cura o chi ha un medico scrupoloso e aggiornato si salva, e permette di far risparmiare soldi al sistema sanitario», riassume Conforti: «Quando infatti i pazienti hanno ormai sviluppato cirrosi rimangono a rischio di epatocarcinomi». Le buone pratiche del Veneto – che ha messo nero su bianco un piano di eliminazione di Hcv, investendo molto sulla comunicazione – e della Sicilia – che ha implementato una rete telematica per mettere in collegamento medici di base con gli specialisti – potrebbero essere prese a modello, suggerisce Conforti.

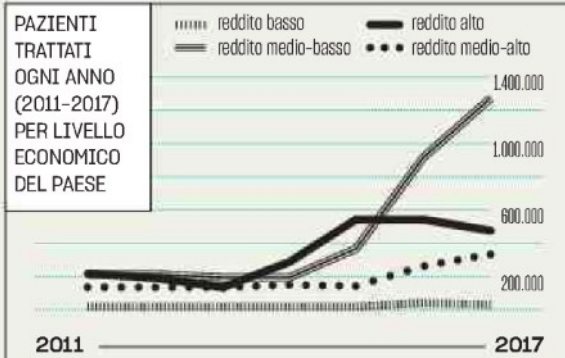
Bisogna poi anche portare a galla quei casi di infezione ancora nascosti, il cosiddetto sommerso. Con programmi di screening, tra le popolazioni a rischio, – come i detenuti e tossicodipendenti che afferiscono ai SerT (Servizi per le Tossicodipendenze) – e ricerca attiva tra quelli che non arrivano a questi centri, ma non solo: «Si stima che siano ancora molti gli ultrasessantenni infettati dal virus ma che non sanno di esserlo» commenta Massimo Andreoni, direttore di Malattie infettive del Policlinico di Tor Vergata di Roma. Ecco allora che coinvolgere i medici di medicina generale, incentivando la ricerca attiva tra gli assistiti più anziani e tra i soggetti a rischio, è parte importante della lotta all'eliminazione dell'epatite C, ribadisce Andreoni.

Senza dimenticare che una semplificazione del sistema di inclusione nei regimi di trattamento sarebbe più che auspicabile: «Oggi per trattare i pazienti dobbiamo seguire un iter diagnostico e clinico molto complicato, che prevede per esempio anche ecografie, utili ma non indispensabili», spiega l'esperto. Se agli inizi, infatti, tener traccia di tutti i pazienti e degli effetti della terapia era necessario per misurare nella vita reale l'efficacia di questi farmaci, oggi, in ottica di eliminazione del virus, questo iter complesso rischia di far perdere alcune persone durante tutto il percorso. «Eliminare l'epatite C con i farmaci è possibile e l'Italia è sulla buona strada – conclude Andreoni – pensare però di adottare lo stesso sistema su scala globale è impossibile. Un modo senza Hcv sarebbe possibile solo con un vaccino».

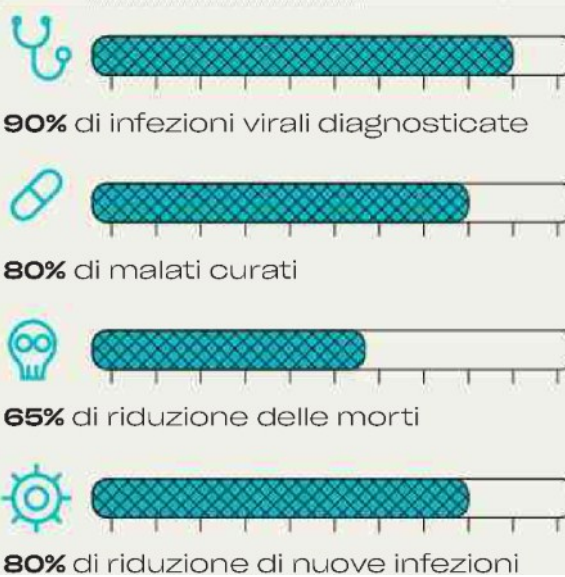
© RIPRODUZIONE RISERVATA

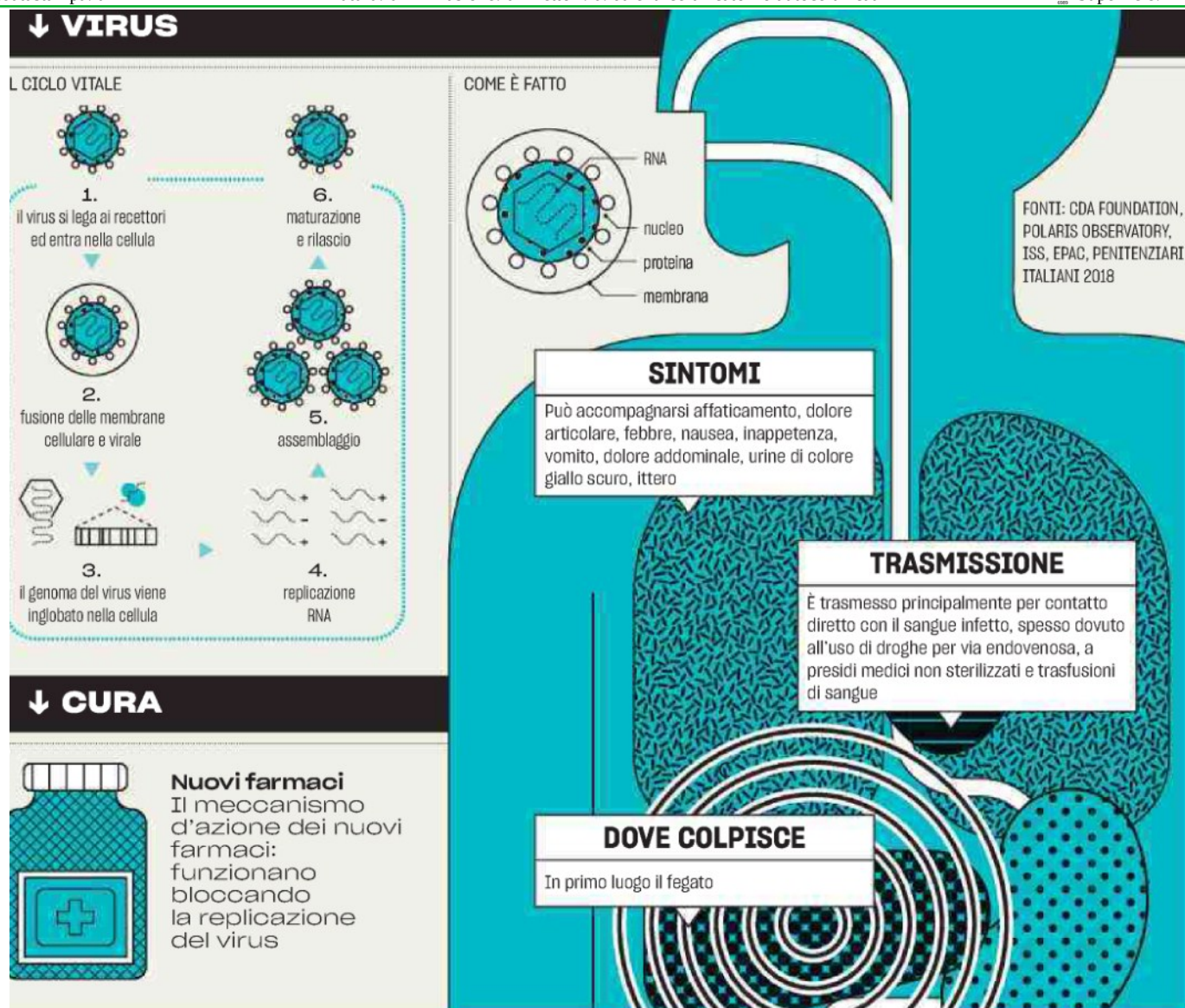


↓ RICCHI VS POVERI



↓ OBIETTIVI OMS 2030





"E' solo un equivoco, colpa degli hater". Parlano il medico e il fratello di Paolo Palumbo

Roma. "Il comunicato pubblicato da BrainStorm è il risultato di un enorme malinteso". Rosario Palumbo, il fratello di Paolo, ha appreso con stupore che l'azienda americana ha dichiarato di "non avere mai accettato di curare il paziente né in Israele, né in nessun altro luogo". Palumbo spiega al Foglio che "una serie di eventi del tutto accidentali hanno portato alla smentita di BrainStorm". Andiamo con ordine: la famiglia aveva il consenso dell'Hadassah Medical Center di Gerusalemme per svolgere una cura compassionevole contro la Sla, che si usa per i medicinali o terapie per i quali non è stata completata la fase di sperimentazione clinica. "Esatto, la fase di sperimentazione del protocollo dell'azienda americana BrainStorm non è ancora terminata - spiega il neurologo Vincenzo Mascia, che ha assistito Palumbo -. Hanno completato la prima e la seconda fase, ma non ancora la terza quindi al momento il protocollo non è stato approvato. Palumbo voleva prendere parte allo studio sperimentale, che ha una durata complessiva di sei anni, ma non è stato possibile perché ci siamo mossi troppo tardi". Le prime due fasi sperimentali si sono svolte presso l'Hadassah Medical Center, mentre la terza fase verrà eseguita presso il Sourasky Medical Center di Tel Aviv. Il comunicato di BrainStorm chiarisce che "Palumbo non è uno dei tredici pazienti che stanno ricevendo il trattamento contro la Sla a Tel Aviv". "Negli ultimi mesi sono stato in contatto con i medici di Gerusalemme - spiega il medico di Palumbo -. Inizialmente avevano molti dubbi su Paolo, volevano conoscere meglio i dettagli della sua patologia. Ho mandato loro le cartelle cliniche tradotte e si sono convinti a iniziare la terapia. Paolo doveva recarsi in Israele il 10 giugno, e le prime trasfusioni avrebbero avuto luogo verso metà luglio. La terapia sarebbe durata complessivamente un anno, o anche sei mesi". BrainStorm sostiene di non avere mai avuto alcun contatto con il paziente. "E' vero - continua il neurologo - ho interagito con i colleghi israeliani, ma non ho mai avuto alcun rapporto con BrainStorm, e non c'è nulla di strano

dato che gli americani hanno venduto il protocollo agli israeliani e quindi non avevano più alcuna voce in capitolo. Però il ministero della Salute e la presidenza del Consiglio sono stati in contatto e hanno fatto pressioni su BrainStorm per curare il ragazzo in tempi brevi". Stando al racconto di Rosario Palumbo, il caos è nato da un problema di comunicazione tra la clinica israeliana e BrainStorm. "Noi avevamo il consenso degli israeliani per svolgere la terapia, e aspettavamo di sapere la data esatta - spiega il fratello del ragazzo malato di Sla -. Poi c'è stato un malinteso perché la clinica di Gerusalemme si è dimenticata di chiedere la conferma a BrainStorm, anche la Presidenza del Consiglio e la Nunziatura vaticana hanno cercato una mediazione con l'azienda americana. Dopodiché, ci sono state una serie di circostanze sfortunate che hanno rischiato di compromettere la situazione". Cosa è successo? "Il racconto le sembrerà surreale, quindi devo fare una premessa. Ogni giorno riceviamo decine di messaggi falsi o intimidatori, e abbiamo imparato a non fidarci di nessuno. Qualche giorno fa abbiamo ignorato una mail che ci è arrivata da un indirizzo 'Gmail' sconosciuto. Un professore americano ci chiedeva di confermare la terapia per mio fratello, ma non ci abbiamo fatto caso perché eravamo convinti che fosse un tranello. Solo ieri abbiamo scoperto che la mail era vera e il professore, non avendo ricevuto alcuna risposta, ha pensato che non fossimo più interessati alla terapia". Il racconto sembra improbabile: non avete ricevuto nemmeno una telefonata? "Le assicuro che è andata così, ma c'è di più. Ieri ho saputo che la clinica israeliana ha ricevuto una mail falsa a nostro nome in cui rinunciavamo alla cura. E questo spiega il comunicato di Brainstorm". Ha un'idea su chi possa essere stato a mandare la mail a nome vostro? "Il mondo è pieno di hater, ho ricevuto molti messaggi di insulti negli ultimi giorni. Molti malati non sono stati accettati dalla clinica israeliana, e sospetto che siano stati loro a portare avanti questa campagna diffamatoria nei nostri confronti".

Gregorio Sorgi



UN NUOVO CASO STAMINA

Il caso Palumbo è un film già visto: un malato di Sla, la cura sperimentale con le staminali, gli appelli dei vip, le donazioni, l'intervento del governo. Infine la smentita e l'imbarazzo

L'azienda americana BrainStorm nega di avere dato a Palumbo l'autorizzazione per ricevere il trattamento

La vita di un giovane malato, le aspettative di migliaia di malati e tanti cittadini che hanno donato 200 mila euro non si sa ancora per cosa

di *Luciano Capone*

C'è qualcosa che non torna nella vicenda di Paolo Palumbo, il giovane chef sardo malato di Sla che ha mobilitato l'opinione pubblica e le istituzioni con un appello e una raccolta fondi per accedere a una terapia sperimentale a base di staminali in Israele. Circa un mese fa la famiglia del giovane, assistita dal neurologo Vincenzo Mascia che ha in cura il giovane, aveva annunciato l'ammissione di Paolo alla sperimentazione della società BrainStorm Cell Therapeutics, denominata NurOwn®, che si basa sulla somministrazione di cellule staminali mesenchimali. Ma l'azienda israeliana smentisce tutto e nega persino di conoscere il paziente: "BrainStorm ha contattato il paziente via posta elettronica per informarlo, che lui non è mai stato direttamente in contatto con nessuno dell'azienda BrainStorm circa il ricevimento del trattamento, e che nessuno dell'azienda gli ha mai dato l'autorizzazione verbale o scritta, per sottoporsi al trattamento in Israele o in qualsiasi altro posto - scrive la società in un comunicato in inglese e italiano - Abbiamo provato ad iniziare una conversazione direttamente con il paziente e/o la sua famiglia senza aver avuto alcun successo. Mentre abbiamo la più grande compassione per il paziente e la sua famiglia, BrainStorm non è coinvolto in questo processo". Il comunicato della società, che non cita mai esplicitamente il nome del paziente italiano, arriva dopo che numerose organizzazioni hanno chiesto informazioni sulla terapia dopo che la famiglia Palumbo ha comunicato di aver ricevuto dall'ospedale di Gerusalemme l'accesso alla sperimentazione BrainStorm e ha avviato una raccolta fondi per recuperare 900 mila euro necessari a sostenere i costi del trattamento e della degenza.

Poco dopo il comunicato della società americana, il giovane ha rilasciato sulla sua pagina Facebook un comunicato in cui tranquillizza tutti: "Niente paura: ci è stato assicurato da Gerusalemme che l'accaduto è dovuto ad una mancata comunicazione tra le cliniche in Israele e Usa. Si tratta dunque di un semplice intoppo burocratico. Ovviamente, non poteva mancare il piccolo manipolo di soliti ignoti, ad attendere la tanto succulenta notizia che desse loro la possibilità di sfogare il proprio odio represso. Mi dispiace dover interrompere la loro mezz'ora di compiacimento: in serata abbiamo attivato i canali per chiarire il malinteso, ed a breve ci sarà una smenti-

ta!". Palumbo ha poi anche specificato che è la Presidenza del Consiglio "a mantenere i contatti con la clinica dove mi sottoporò alla sperimentazione". E ha aggiunto: "Solo uno sciocco si sarebbe esposto come ho fatto io, se non fosse stato sicuro di ciò che diceva. Ho 21 anni: voglio solo salvarmi la vita". Fonti di Palazzo Chigi spiegano che "la Presidenza ha soltanto favorito i contatti tra la struttura medica in Israele e il neurologo che segue Paolo, rispondendo alla richiesta della famiglia Palumbo".

La storia di Paolo Palumbo è diventata molto popolare negli ultimi mesi, soprattutto in seguito al suo sciopero della fame portato avanti per sensibilizzare l'opinione pubblica sui problemi delle persone malate di Sla e per convincere le istituzioni a tentare di introdurre in Italia la sperimentazione di questa terapia, al momento attiva solo negli Stati Uniti e Israele. Da qui è partita una gara di solidarietà, che ha visto partecipi il mondo dell'informazione, dello sport e dello spettacolo: hanno rilanciato il suo appello le Iene (già protagoniste del caso Stamina), Massimo Giletti, il presidente del Torino Urbano Cairo e tanti calciatori, imprenditori, comici, artisti e chef famosi, che con i loro appelli e donazioni hanno consentito di raccogliere circa 200 mila euro su 900 mila per il trattamento. Sull'onda degli appelli è intervenuto anche il mondo della politica, con messaggi di solidarietà, e delle istituzioni. Alla situazione del giovane e all'accesso alla terapia sperimentale si sono interessati il ministro della Salute Giulia Grillo, che "segue personalmente la vicenda", e il presidente del Consiglio Giuseppe Conte (in passato avvocato delle famiglie che volevano sottoporsi al cosiddetto "metodo Stamina")".

Il problema è che, a pochi giorni dalla partenza, BrainStorm sembra negare in maniera categorica il coinvolgimento di "un paziente italiano" nel suo programma di sperimentazione: "Il paziente sopraindicato non è uno dei cinque pazienti internazionali che sta ricevendo il trattamento tramite il Protocollo di esenzione ospedaliera" in Israele. E il giallo riguarda anche la struttura ospedaliera in cui avviene questa prova clinica. La terapia NurOwn® ha già superato la fase 1 e 2 della sperimentazione, che riguardano la sicurezza e l'efficacia su un gruppo ristretto di pazienti. E adesso dovrebbe partire la cosiddetta Fase 3 in doppio cieco e placebo controllato, che coinvolge 200 pazienti "in sei centri degli Stati Uniti, unicamente per cittadini



statunitensi e canadesi". Alla vera sperimentazione negli Stati Uniti, necessaria per dimostrare l'efficacia della terapia, se ne affianca un'altra ridotta in Israele (che è quella a cui dovrebbe partecipare il giovane chef sardo. Ed è qui che c'è un altro problema che riguarda la struttura ospedaliera in cui dovrebbe essere somministrata questa cura sperimentale. Perché la famiglia afferma che dovrebbe avvenire all'Hadassah Medical Center di Gerusalemme, mentre BrainStorm afferma che la sperimentazione è stata approvata dal ministero della Sanità israeliano al Sourasky Medical Center - Ichilov Hospital di Tel Aviv. E nell'approvazione del governo israeliano per il trattamento di soli 13 pazienti non c'è Palumbo. BrainStorm, che è una società quotata, ha effettuato queste

dichiarazioni "per chiarire il fatto e sistemare la situazione pubblicamente".

La delicata vicenda di Paolo Palumbo presenta degli aspetti davvero paradossali, a partire dal fatto che la società israeliana dica, nella dura smentita, di aver contattato la famiglia senza riuscire ad avviare un dialogo. E per finire col fatto che tutta questa procedura, che si sarebbe conclusa con l'eventuale accettazione nell'ospedale israeliano sbagliato, sia stata seguita e gestita - a quanto riferisce la famiglia Palumbo - dal governo italiano: dalla Presidenza del Consiglio e "personalmente" dal ministro della Salute Grillo. In mezzo ci sono la vita di un giovane malato, le aspettative di migliaia di malati di Sla e tanti cittadini, più o meno famosi, che hanno donato 200 mila euro non si sa ancora per cosa.



In alto Vannoni del caso Stamina, affrontato ampiamente da "Le Iene", nel 2013 mentre tenta una "irruzione" alla Camera. Sotto Vannoni a processo per truffa nel 2014 (LaPresse)

Cari Vip, non pubblicizzate "cure sperimentali". Le false speranze non sono un balsamo, ma veleno

Il comunicato di Brainstorm, nel quale si informa che il giovane Paolo Palumbo, affetto da Sla, non sarebbe stato accettato per un trattamento in sperimentazione negli Stati Uniti e in Israele, suscita profonda tristezza. Non è chiaro cosa sia accaduto. Forse qualcuno ha abusato della sofferenza e fragilità psicologica di questa persona. E' comunque auspicabile che si faccia chiarezza. Negli ultimi mesi siamo stati invasi da testimonial, che hanno pubblicizzato di aiutare il giovane a sostenere i costi del trattamento in Israele. Come al solito, cioè come fu per il caso Stamina, i testimonial non si documentano per sapere se il trattamento è efficace o meno, e in questo caso se sia vero o meno che sarà somministrato, né si chiedono cosa sia più giusto fare e dire per il bene dei malati e nell'interesse comune: decidono in base alla visibilità che viene loro o a cosa soddisfa meglio un'intuizione emotiva. Non il massimo dell'etica pubblica.

Non solo vip, ma titolari di denaro pubblico sono intervenuti con cenni di attenzione al caso del malato sardo, come la ministra Grillo che ha telefonato garantendo l'impegno del ministero, e il presidente del consiglio Conte, già avvocato di una famiglia che chiedeva il trattamento Stamina, che ha scritto assicurando il suo interessamento. Colpisce che tra i testimonial vi fosse Massimo Gramellini, colui che pensa di incarnare la buona coscienza morale degli italiani. Stigmatizzava giustamente sul Corriere della Sera le eventuali minacce di morte che sarebbero giunte al giovane. Ma leggeva quei comportamenti (eventuali) come reazioni di rabbia scatenate dalla notizia che sarebbe stato "ammesso a un nuovo protocollo di cure in Israele e ha promosso una raccolta di fondi per pagarselo". Come se, continuava, una "sua eventuale guarigione avesse l'effetto collaterale di accrescere la loro rabbia, anziché di alleviarla con il balsamo della speranza".

Purtroppo, non ci sarebbe stata nessuna "eventuale guarigione" all'orizzonte e forse le ragioni di quelle reazioni erano gli eccessi di protagonismo, l'autoreferenzialità, l'opacità e l'insistenza su un trattamento che è l'ennesima illusione. Ma quale "balsamo della speranza"? La speranza non ha mai guarito nessuno da malattie vere. E una speranza fondata sull'autoinganno o forse su dinamiche di falsità può peggiorare il vissuto e gli esiti di una malattia, già senza speranza. Non è un balsamo, ma potenzialmente un veleno. Gramellini concludeva che dovremmo fare tutti il tifo per quel giovane. Non si capisce perché solo per quel giovane e non per tutti i malati di Sla. Ovvero anche per coloro che pensano che quel presunto trattamento sia inutile o l'ennesimo miraggio. Non si capisce come ci si possa sentire moralmente così superiori trascurando di controllare i fatti o di chiedere a scienziati competenti, cioè in sprezzo della verità. Chissà se avrà il coraggio di chiedere scusa ai malati.

Il giovane Paolo Palumbo chiedeva di accedere a un costosissimo trattamento della

Sla. Per aiutarlo ad andare in Israele si era dunque mosso un numero considerevole di cosiddetti vip del mondo dello spettacolo, dello sport e delle cucine, schierandosi e donando denaro. Ma di quale cura si sarebbe trattato? Il farmaco a base di staminali mesenchimali si chiama NurOwn e avrebbe superato le fasi 1 e 2 della sperimentazione clinica, cioè il controllo della sicurezza e in parte dell'efficacia. Il trattamento, quindi, è sicuro (cosa che invece non era dimostrata per Stamina). Ma è anche efficace? Questo non è chiaro: le pubblicazioni non sono incoraggianti. Ora sta partendo la sperimentazione di fase 3, che si terrà negli Stati Uniti. I criteri di inclusione sono molto restrittivi e saranno arruolati solo pazienti in una fase iniziale della Sla. Palumbo non sarebbe entrato nella sperimentazione, ma si diceva che sarebbe stato trattato a parte e a un costo che, a seconda delle fonti, va da 500 mila a 900 mila dollari. Ognuno è libero di credere a quello che vuole e di usare il proprio denaro come vuole. Il fatto è che il trattamento proposto da Brainstorm, non solo non si è per il momento dimostrato efficace, ma non sembra avere basi scientifiche per aspirare a esserlo. Purtroppo, questo genere di prodotti stanno proliferando in gran numero, generando una popolazione di pseudocure per malattie non trattabili, che hanno l'apparenza della pulizia, dell'alta tecnologia medica e della propaganda, ma non sono diversi dai prodotti omeopatici o simili. Un numero crescente di imprese mediche e centri sanitari si organizza anche in occidente - prima si trovavano nei paesi asiatici o centroamericani - per allestire sperimentazioni cliniche di pretesi trattamenti che si basano su ipotesi biologicamente inverosimili e si concludono regolarmente con il risultato che il prodotto è sicuro, ma non efficace: i pazienti non vanno a stare peggio né meglio. Sentir parlare di sperimentazioni per possibili cure accende le speranze dei malati che cercano a ogni costo di provare quel prodotto, anche se costa cifre esorbitanti. Le sperimentazioni di questi pseudotrattamenti sono una forma di promozione, per cui si manda un po' di fumo negli occhi per venderlo a persone disperate, o per piazzarlo trovando qualche supporto politico.

Lo stato si spera che pagherà con le nostre tasse sempre e solo i trattamenti di provata efficacia. Quelli non efficaci se li devono pagare i pazienti. Ma il dovere dei medici e di chi ha un ruolo pubblico è di informarli che si stanno facendo derubare. I sistemi sanitari e i medici dovrebbero intervenire in aiuto psicologico delle persone alle quali viene prospettata l'illusione di una cura inesistente. L'investimento di false speranze, da parte di malati che non ne hanno più di vere, su obiettivi sbagliati che sono anche miraggi di facili ricchezze per investitori, scienziati o mediatori senza scrupoli, è ingiusto e molto dannoso. Medici, psicologi e politici dovrebbero provare a correggere.

Gilberto Corbellini



Emicrania C'è un rifugio

Un ambiente progettato insieme ai malati. Che punta su assenza di suoni, odori e rumori, capaci di peggiorare i sintomi del mal di testa. È l'esperimento di una Big Pharma. Che si adatta a tutti gli ambienti di lavoro

di **TIZIANA MORICONI**

“La Tv è un’invenzione meravigliosa: non solo ti fa venire il mal di testa, ma dalla pubblicità apprendi pure quale compressa serve da rimedio”

BETTE DAVIS, attrice

Le luci soffuse, regolabili a distanza, le tende oscuranti, le pareti insonorizzate. Gli asciugamani e i cuscini sono di materiali diversi, non emanano alcun profumo. I colori sono neutri. Tutto è inodore, ovattato, soffuso: pensato per ridurre il più possibile gli stimoli. Ci sono un divano-letto con lo schienale regolabile, una poltrona, un tappeto soffice per stare a piedi nudi o sdraiarsi a terra, una piccola cucina per prepararsi un tè, un microonde per scaldare un cuscino e un frigorifero con ghiaccio pronto all'uso. Alla parete, un wall paper riproduce un paesaggio rilassante. È un rifugio per i sensi ed è stato studiato per – e soprattutto con – i pazienti. Questo è la *Migraine Relief Room*: uno spazio funzionale per dare sollievo alle persone che soffrono di emicrania e che può essere realizzato facilmente, a costi accessibili, all'interno degli ambienti di lavoro. Il prototipo è stato presentato per la prima volta a Milano lo scorso aprile, in occasione del FuoriSalone.

«Il dolore, infatti, è solo una delle facce dell'emicrania e spesso non è la più problematica. Luci, odori, suoni: tutto si acuisce e diventa insopportabile», dice Federica Grossi, una giovane donna emicranica dell'associazione Al.Ce-Alleanza cefalalgici e Fondazione Cirma onlus, tra i pazienti che hanno contribuito, con le proprie esperienze, a mettere a punto la *Migraine Relief Room*. Durante un attacco, lo schermo illuminato di un pc è come un fascio laser negli occhi, la suoneria di un telefono è una sirena dentro l'orecchio: una condizione di ipersensibilità verso gli stimoli, con fonofobia e fotofobia. E poi c'è la nausea. Chi pensa che l'emicrania sia un forte mal di testa

è molto lontano da immaginare cosa si prova: è come avere mal di testa e mal di mare insieme, ed essere al contempo 'senza pelle'. «Immaginate – continua – cosa sia subire un attacco sul posto di lavoro. Improvvisamente si fa fatica a interagire con i colleghi, a pensare, ad articolare le parole. L'unica cosa che vorresti è essere teletrasportata a casa, o per lo meno in un luogo protetto, dove tutti gli stimoli del mondo esterno siano ridotti il più possibile». C'è chi preferisce stare seduto, cercando la giusta inclinazione per contrastare la nausea, e chi sdraiato per terra; chi ha bisogno di acqua e panni caldi perché ha brividi di freddo, chi di impacchi di ghiaccio da mettere sulla parte colpita da dolore.

L'iniziativa fa parte del programma di welfare aziendale Migrainbow di Novartis, che sta organizzando le sue sedi per allestire la stanza, e che ora vuole “esportare” la buona pratica, in modo che venga adottata anche da altri grandi aziende. «Così l'assenza di una giornata può magari diventare l'assenza di sole poche ore. È molto rassicurante sapere di avere un posto sul lavoro in cui potersi rifugiare in attesa che i farmaci facciano effetto», spiega Federica. Già, perché chi ha l'emicra-



nia è costantemente in ansia e non è 'perfetto' neppure quando non è sotto attacco.

A soffrirne sono in molti: circa 6 milioni di italiani, soprattutto donne (4 milioni), e in particolare tra i 35 e i 45 anni, e infatti l'emicrania è la terza patologia per disabilità in età lavorativa. Il 90% di loro dichiara di non essere sempre in grado di lavorare o svolgere le attività quotidiane. Le giornate di lavoro perse ogni anno sono, in media, 16,8 per le donne e 13,6 per gli uomini. A queste si sommano le giornate con risvolti negativi in termini di riduzione della produttività lavorativa, che sono oltre 50 e 35, rispettivamente. Secondo un'indagine del Centro di ricerche sulla gestione dell'assistenza sanitaria e sociale (Cergas) - SDA Bocconi School of Management di Milano, il costo annuale per paziente con emicrania è pari a 4.352 euro.

«L'emicrania è una malattia neurologica in cui una serie di aree del cervello si accendono senza un motivo e trasformano in dolore gli stimoli non dolorosi», spiega Piero Barbanti, responsabile dell'Unità per la Cura e la ricerca su cefalee e dolore dell'IRCCS San Raffaele Pisana di Roma e presidente eletto dell'Associazione neurologica italiana per la ricerca sulle cefalee: «Si stima che 3,9 milioni di emicranici abbiano almeno 5 attacchi al mese, ma tra due episodi il paziente spesso sente "qualcosa che non va" e prova un forte stato di ansia che gli impedisce di vivere appieno, per paura di un nuovo attacco. Anche chi non è un paziente cronico, riferisce di avere impedimenti e problemi per più di 300 giorni all'anno. Conoscere l'emicrania e quello che comporta - conclude l'esperto - significa combattere lo stigma che queste persone vivono quotidianamente».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Che cos'è

Quando i neuroni si eccitano

*È una malattia neurologica. Sulle cui cause ci sono solo ipotesi
Fattori scatenanti: stress, cioccolato, suoni e luci forti..*

L'emicrania è una malattia neurologica invalidante, caratterizzata da attacchi ricorrenti di intensità da moderata a severa che vanno dalle 4 alle 72 ore, con un dolore pulsante, localizzato generalmente in un solo lato della testa, che peggiora con il movimento e spesso associato a nausea, vomito, ipersensibilità a luce, suoni, odori. Non se ne conoscono con esattezza le cause: si pensa che sia una sindrome neurovascolare caratterizzata da una alterazione dell'elaborazione neuronale e ipereccitabilità, con il rilascio di molecole che causano infiammazione. Si stima che ne soffra una persona su 7: si sviluppa di solito nella tarda adolescenza, esiste familiarità e le donne hanno un rischio tre volte superiore rispetto agli uomini. Le caratteristiche dell'emicrania cambiano da persona a persona, ma anche da attacco ad attacco. Che può essere scatenato da diversi fattori: stress, emozioni forti, shock o tensione; alterazione del sonno; dieta (è noto il ruolo di alcuni cibi, come cioccolato, latticini, agrumi e frutti di mare, additivi alimentari come aspartame e glutammato, caffeina e alcol); disidratazione e bassi livelli glicemici, luci e rumori forti, odori pungenti, luci intermittenti; variazioni climatiche, ambienti con poca ossigenazione. Nelle donne emicraniche, importanti fattori scatenanti sono inoltre estrogeni e progesterone, per cui bisogna prestare attenzione agli anticoncezionali orali e alla terapia ormonale sostitutiva.

TUTTE LE CEFALEE

Cefalea è un termine generico che indica tutti i dolori localizzati nella parte alta della testa (sopra gli occhi e le orecchie). Secondo la classificazione internazionale delle cefalee, esistono almeno 14 macrogruppi. L'emicrania è la più importante e presenta caratteristiche ben precise. In quelle con aura, il dolore è preceduto da uno o più disturbi motori, della vista, della parola o della sensibilità.

QUATTRO FASI IN CRESCENDO

1

SEGNI PREMONITORI
DA POCHE ORE A GIORNI

- Irritabilità
- Dolore al collo
- Fame smodata
- Sbadigli
- Depressione
- Sensibilità a luce e suoni
- Difficoltà nella concentrazione
- Affaticamento e rigidità muscolare
- Difficoltà nel linguaggio e nella lettura
- Nausea
- Alterazione del sonno

2

AURA
5-60 MINUTI

- Disturbi visivi
- Temporanea perdita della vista
- Perdita di sensibilità e formicolio in alcune parti del corpo

3

CEFALEA
4-72 ORE

- Dolore pulsante
- Sensazione di ghiaccio sulla testa
- Bruciore
- Nausea
- Vomito
- Vertigini
- Insonnia
- Congestione nasale
- Ansia
- Umore depresso
- Sensibilità a luce, odori, suoni
- Dolore al collo e rigidità

4

POSTDROMI
24-48 ORE

- Difficoltà nella concentrazione
- Affaticamento
- Umore depresso o euforico
- Perdita della capacità di comprensione

6 mln

Italiani sofferenti

L'emicrania è la terza patologia causa di disabilità negli italiani tra i 35 e i 45 anni, quindi in età lavorativa

90%

A casa

La quasi totalità dei malati dichiara di essere spesso in condizioni di non poter andare al lavoro

4352

Euro spesi Tanto costa ogni anno un paziente affetto da emicrania, in terapia e produttività persa

5

Gli attacchi

Chi soffre di emicrania lamenta di avere almeno 5 attacchi disabilitanti al mese, e di sentire sempre comunque disagio

LE TERAPIE

Ci sono due tipi di terapie per l'emicrania: quelle che trattano la fase acuta e quelle che cercano di prevenirla. Tra le prime vi sono gli analgesici o farmaci più specifici come i triptani, che stimolano i recettori della serotonina: provocando una vasocostrizione dei vasi sanguigni a livello cerebrale, riducono il dolore bloccandone la trasmissione. Tra i farmaci preventivi, quelli di nuova generazione sono gli anticorpi monoclonali che bloccano una molecola (CGRP-R) fondamentale nello sviluppo del dolore correlato all'emicrania.



① La *Migraine Relief Room*, come è stata presentata al Salone del mobile di Milano

② Una disposizione possibile degli spazi interni alla stanza

Intervista. Diana Bracco (presidente e ad del Gruppo Bracco)

«Più fonti rinnovabili e meno materie prime nelle nuove produzioni»

Marco Morino

L'industria chimica-farmaceutica è alla continua ricerca di soluzioni innovative per rendere più ecologici i processi produttivi, i prodotti e il loro packaging. Non è un'affermazione astratta, assicura Dina Bracco, presidente e amministratore delegato del gruppo Bracco (società leader mondiale dell'imaging diagnostico con 1,3 miliardi di fatturato e 3.450 dipendenti), ma un impegno concreto, quotidiano, che ha come obiettivo la sostenibilità.

Dottoressa, qual è il messaggio che emerge dal «Bracco Innovation Day»?

Vogliamo rendere le nostre fabbriche sempre più amiche dell'ambiente, utilizzando materie primarie ricavate da fonti rinnovabili, riducendo gli scarti di produzione e i rifiuti conseguenti ed evitando lo spreco delle materie prime, il tutto all'insegna dell'economia circolare.

In effetti tra le aziende farmaceutiche, Bracco si distingue per avere politiche di sostenibilità ambientale e responsabilità sociale molto avanzate...

Bracco è stata tra le prime industrie milanesi a dotarsi di un impianto di depurazione. Direi quasi che per noi sostenibilità e innovazione sono componenti strutturali della nostra stessa identità, anche perché il nostro successo è basato proprio sull'innovazione sostenibile.

Cosa significa, nel concreto, sostenibilità?

Sostenibilità vuole dire molte cose. Io, per esempio, sono particolar-

mente fiera del fatto che quando abbiamo creato nuovi stabilimenti produttivi a Ceriano Laghetto e a Torviscosa in Friuli Venezia Giulia, non abbiamo "consumato aree vergini" (green field), bensì abbiamo recuperato con grandi investimenti aree industriali con una forte tradizione chimica.

Come si coniugano profitto economico e sostenibilità ambientale?
Puntare sulle tecnologie pulite è il modo migliore per creare posti di lavoro e rafforzare la crescita dopo la crisi guardando al futuro. E devo dire che le aziende chimiche che la pensano così sono sempre di più. Più in generale, sul fronte della sostenibilità, la chimica oggi svolge un ruolo di primo piano. Le sue scoperte scientifiche sono importanti per tutti i settori industriali, poiché contribuiscono a migliorare la qualità della vita, la sicurezza, la salute e la sostenibilità.

Vogliamo citare un caso concreto?

Il nostro centro ricerche di Colletto Giacosa (Torino) lavora proprio per rendere più ecosostenibile il processo di produzione, cercando soluzioni poco impattanti, o studiando nuovi processi per recuperare materie prime, ridurre i rifiuti e reflui. Per la gestione dei rifiuti Bracco si posiziona come eccellenza del settore, con una percentuale di riciclo dei propri rifiuti tra i più alti di tutte le aziende aderenti a Responsible Care, il programma volontario di promozione dello sviluppo sostenibile dell'industria chimica.

L'industria chimica ha compre-

so l'importanza della sostenibilità?

Oggi le imprese non si possono più permettere di svolgere semplicemente bene il proprio lavoro. Devono anche sforzarsi di capire cosa possono fare per il bene comune. Per la stessa competitività dell'impresa nel lungo termine è importante un'assunzione di responsabilità in termini di saper generare un impatto sociale positivo sui territori in cui si opera. Oggi sono gli stessi dipendenti a trarre motivo di orgoglio dal lavorare per imprese "green" e socialmente responsabili.

In un contesto in cui tante imprese manifatturiere italiane passano di mano la vostra famiglia continua saldamente a mantenere il controllo del gruppo Bracco. Qual è il segreto per reggere alla competizione internazionale?

Per noi la ricetta è una sola: puntare sulla ricerca e innovazione e diventare sempre più globali. I nostri mezzi di contrasto sono commercializzati in oltre 100 Paesi e il gruppo vanta posizioni di leadership nelle aree geografiche più rilevanti quali il Nord America, l'Europa e il Giappone. Nel 2018 il gruppo ha sostenuto costi in ricerca e sviluppo (R&S) e attività di supporto per 106,2 milioni di euro, pari al 9,1% del fatturato. Le nostre attività di R&S sono concentrate nei laboratori di Ginevra e Losanna (Svizzera), Monroe e Silicon Valley (Stati Uniti) e Italia (Colletto Giacosa). In ogni centro di ricerca sono in corso tanti importanti progetti nell'ambito della diagnostica, dalla risonanza magnetica agli ultrasuoni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IMPRESA DI FAMIGLIA
Diana Bracco è presidente e amministratore delegato del Gruppo Bracco

lità in termini di saper generare un



Bracco innovation day. Il 9% del fatturato annuo del gruppo (1,3 miliardi) è destinato alla ricerca
Il Nobel Fraser Stoddart: la nuova frontiera sono i materiali autoriparanti e i farmaci «su misura»

La sfida della sostenibilità per il rilancio della chimica

Filomena Greco

La sfida della sostenibilità ambientale e lo sviluppo di nuove frontiere per la Bracco, gruppo leader nel settore della diagnostica per immagini che guarda alle possibili applicazioni terapeutiche e oncologiche delle sue tecnologie. L'appuntamento annuale per fare il punto è il Bracco Innovation day, dedicato all'industria, alla ricerca e alla sostenibilità, nel Centro ricerche di Colletterto Giacosa, alle porte di Ivrea, in Piemonte, il polo dove il gruppo è presente dall'inizio degli anni Duemila: qui Bracco ha anche uno dei suoi stabilimenti produttivi, dedicato alla produzione dei mezzi di contrasto. Ospiti d'onore il premio Nobel della chimica James Fraser Stoddart e Klavs Jensen, docente del Department of Chemical Engineering al Mit di Boston.

Per l'industria chimica la sostenibilità è un viaggio intrapreso, un percorso avviato da decenni, e allo stesso tempo una sfida aperta. Lo ricorda il ceo di Bracco Imaging, Fulvio Renoldi Bracco che racconta uno dei principali progetti messi in campo dal Gruppo per trasformare, in chiave green, il processo chimico utilizzato per la sintesi di Iopamidolo, il più importante tra i mezzi di contrasto per Bracco, prodotto in milioni di tonnellate.

Per il Gruppo, 1,3 miliardi di fatturato, oltre 3.400 addetti e stabilimenti in Italia, Germania e Canada, la ricerca pesa per il 9% del fatturato. Tira le fila delle principali direttrici l'amministratore delegato Re-

noldi Bracco: l'utilizzo delle microbolle implementate da Bracco nella diagnostica a ultrasuoni, per somministrare in maniera innovativa farmaci e terapie in ambito oncologico, o per le future applicazioni anche nella terapia cellulare e nella chirurgia assistita con tecniche di fluorescenza. E infine lo sviluppo di smart solution per ridurre l'utilizzo di mezzi di contrasto con benefici economici e con un minore impatto ambientale.

Per il gruppo della diagnostica, che ha alle spalle 90 anni di storia, il tema della sostenibilità è parte del bagaglio culturale ma è anche driver per lo sviluppo futuro dell'azienda. Lo racconta bene Blue Sky, è il nome di un progetto a cui i ricercatori di Bracco stanno lavorando da Anni, brevettato nel 2013. «Si tratta - spiega Roberta Fretta, Process Innovation manager di Bracco - dello sviluppo di un processo nuovo e alternativo rispetto a quello attuale messo a punto nel corso di 40 anni di storia, per produrre Iopamidolo, l'agente di contrasto per raggi X più importante per Bracco. Si tratta di un processo chimico di sintesi alternativo, più semplice, che risponde ai dettami della chimica verde, dunque riduce i materiali necessari nella fase produttiva e gli scarti prodotti».

La storia dello sviluppo industriale di Bracco e della internazionalizzazione del Gruppo deve moltissimo alla scoperta dello Iopamidolo e al lavoro di Ernst Felder, per anni a capo della ricerca del Gruppo, scomparso l'anno scorso. A lui è dedicata una borsa di studio da

un milione di euro voluta dalla Fondazione Bracco, nell'ambito di un progetto sviluppato con il Politecnico di Milano, per selezionare un ricercatore o una ricercatrice che lavora all'estero e che voglia tornare in Italia a sviluppare un progetto di ricerca nel comparto della chimica in flussi (si veda anche l'articolo accanto).

Ma torniamo alla sostenibilità, appunto. Un driver per i progetti sviluppati da Bracco nei suoi stabilimenti per ottimizzare ad esempio il recupero di materie prime, ridurre il più possibile gli scarti nell'ambiente, favorire lo sviluppo di cicli di recupero di energia attraverso il vapore e, addirittura, la condensa. A implementare il valore della sostenibilità nell'industria chimica c'è lo sviluppo tecnologico delle linee produttive che spinge il passaggio dalla chimica batch, suddivisa in varie tappe produttive, alla chimica a ciclo continuo descritta da Klaus Jensen del Mit, in grado di ridurre l'utilizzo di materie prime, solventi e scarti, di ottimizzare i processi produttivi e aprire al potenziale sviluppo della pharmacy on demand.

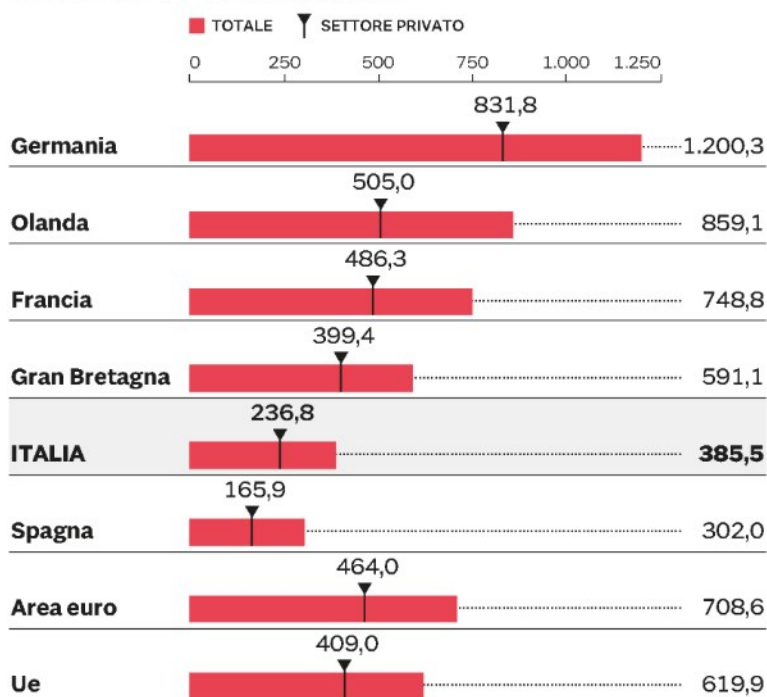
Guarda al futuro e allo sviluppo della chimica l'intervento del premio Nobel Fraser Stoddart, padre delle macchine molecolari che avranno, come spiega, «straordinarie applicazioni e sviluppi in due grandi ambiti: da un lato lo sviluppo di materiali autoriparanti, dall'altro il contributo all'implementazione di farmaci innovativi in grado di massimizzare sui singoli pazienti la loro azione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gli investimenti in ricerca

Valore in euro per abitante, anno 2017



Fonte: Eurostat



Chimica. James Fraser Stoddart, Nobel nel 2016

Pharma 4.0

L'analisi spettrale
valuta il principio attivo

Alessandro Longo

Fotocamere che con un'analisi spettrale riescono a capire se in una medicina c'è il giusto principio attivo. Se no, la macchina la scarta. Tutto in automatico e in una frazione di secondo. Tanti sensori che generano dati su come funzionano macchine e robot, per riuscire a scoprire inefficienze nella produzione del farmaco o guasti imminenti, grazie ad algoritmi di analisi e di "intelligenza artificiale". Sistemi di realtà aumentata per localizzare i prodotti all'interno del magazzino e trovare il percorso di raccolta più efficienti.

Sono le tecnologie dell'industria 4.0 che entrano anche nel mondo farmaceutico: «Alcune, come la sensoristica per la manutenzione predittiva o la *business intelligence* per analizzare l'efficienza della produzione, sono già note in altri settori industriali e la novità è che cominciano a entrare anche nel pharma», spiega Massimo Zanardini, che si occupa di questi temi presso l'Università di Brescia. «Altre tecnologie invece sono innovazioni che vedo per la prima volta applicate nella farmaceutica: come la fotocamera per analizzare il principio attivo», continua.

La fotocamera ad analisi spettrale "near-infrared" è un'innovazione "made in Italy", della pavese Sea Vision e introdotta per la prima volta nell'ultima generazione di macchine imbustatrici di farmaci Marchesini (che di recente ha preso il 48% della stessa Sea Vision). L'abbiamo vista in azione, dal vivo, nello stabilimento di Pianoro (Bologna). Marchesini è la principale azienda nel settore in Italia (e tra le principali in Europa); del resto, ricorda Zanardini, «l'Italia è il

primo produttore nell'Unione Europea di farmaci con più di 31 miliardi di euro di valore».

Il nuovo sistema (HarleNir) analizza l'onda elettromagnetica del farmaco, fatta emergere con una luce alogena, e la confronta con quella del corretto principio attivo. L'innovazione fa parte di una branca di tecnologie di visione già da tempo usate in farmaceutica, dove varie fotocamere riescono a capire se il farmaco presenta difetti esterni (se è rotto ad esempio) o agenti contaminanti. Nella macchina imbustatrice vista all'opera, i sistemi di visione sono all'inizio di un processo di imbustamento automatico che, anche grazie a bracci robotici e rulli gommati, prima inserisce i farmaci nei blister, poi nelle scatole, infine nei cartoni. Algoritmi di *data integrity* controllano la correttezza dei codici seriali applicati sulle scatole. Poiché nell'Industria 4.0 i sistemi diventano connessi, è sempre più concreto il rischio che questi dati siano manomessi da attacchi cyber alla fabbrica, che possono causare anche ingenti danni alla produzione.

Altri algoritmi vigilano sulla salute della macchina (con i dati di sensori che riscontrano anomalie, ad esempio, nella pressione o nella temperatura). Altri analizzano le performance e forniscono report che gli utenti possono usare anche in cloud.

Produrre farmaci in modo più efficiente e sicuro. È così che la spesa in servizi e tecnologie per il "pharma 4.0" crescerà molto nei prossimi anni, dai 420 milioni di dollari del 2015 ai 2,5 miliardi del 2020 a livello globale, secondo GlobalData, in uno degli (ancora) pochi rapporti disponibili sul fenomeno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il progetto**Il tag Iridium segue
le tartarughe marine liberate**

Dove vanno le tartarughe marine curate nei centri di recupero e di primo soccorso, una volta tornate in libertà? A seguire le loro rotte ci pensa un tag satellitare, quello messo a punto dal team del dipartimento di biologia dell'Università di Pisa guidato da Paolo Luschi, in collaborazione con l'Area Marina Protetta Isole Egadi, e che viene posizionato sul carapace dell'animale prima di essere rilasciato in mare, una volta guarito. Insieme, l'ateneo e l'Amp, hanno infatti avviato un progetto di monitoring satellitare. Tra i sistemi sperimentati c'è l'innovativo tag Iridium, uno dei dispositivi utilizzati per il monitoraggio delle tartarughe, dotato di una tecnologia di Gps sperimentata per la prima volta in Italia nell'ambito di questo progetto.



Se lo sciamano canta sul ponte della scienza

“Genesi”, del fisico Guido Tonelli, è una storia dell’universo che segue il filo rosso della conoscenza. Fra mito e arte, linguaggio tecnico e cultura classica

E Marchionne confessò all'autore: voglio capire meglio le particelle elementari

di Elena Dusi

“D”i certo sappiamo che qualcuno, a un certo momento, ha cominciato a raccontare”. Disegni in una grotta, cosmogonie bizzarre, miti classici. Di quei primi narratori che al mondo cercarono di dare una grossolana coerenza, Guido Tonelli oggi è l’erede. Lui è un fisico prestigioso, lavora al Cern, insegna all’università di Pisa e ha guidato uno degli esperimenti che hanno portato alla scoperta del bosone di Higgs. La sua è una narrazione raffinata dal rigore della logica e dalle verifiche sperimentali. Ma se *Genesi* è una storia dell’universo che segue il filo rosso della scienza, lo fa intrecciandosi di continuo con le mitologie e i capolavori dell’arte, miscelando linguaggio scientifico e cultura classica.

Come la Genesi della Bibbia, “*Il grande racconto delle origini*” di Tonelli è suddiviso in sette capitoli, in cui il primo (il Big Bang e l’inflazio-

ne) dura 10 alla meno 35 secondi e l’ultimo 13 miliardi di anni. L’epilogo infine (“Ciò che ci rende umani”) spiega perché la scienza e il canto dello sciamano fanno parte dello stesso racconto. Si collocano in epoche diverse, ma sono entrambi spiegati come antidoto alla “meraviglia mista ad angoscia” che l’uomo prova dovunque e in ogni tempo. Fra la schiuma del mare di Cipro e la schiuma quantistica di cui ribolle il vuoto, ecco allora formarsi un ponte. Dalla prima nasce Afrodite, dalla seconda e dalle microscopiche bollicine di energia di cui è composta nasce l’universo. Un universo che dal vuoto si sviluppa e che vuoto resta ancora oggi. Il cosmo è un gioco a somma zero che più zero non si può. E se non fosse per il rigore della scienza, ci sarebbe da restare senza fiato di fronte a questa osservazione: stupiti come se stessi ascoltando il racconto di uno sciamano attorno al fuoco, in una grotta 70mila anni fa. Zero infatti è la somma delle energie degli oggetti che dell’universo fanno parte. Zero la somma dei suoi movimenti. Zero la somma delle sue cariche elettriche. E perfino Sergio Marchionne – si racconta nel prologo – prendendosi una rara pausa da auto e finanza, confessò a Tonelli: “Fra un paio d’anni mi ritiro da tutto questo e ricomincio a studiare la fisica. Mi deve promettere di prepararmi un elenco di testi, divulgativi ma non troppo, su mecca-

nica quantistica e particelle elementari che mi consentano di capire meglio”.

“Capire meglio” è quell’esigenza tutta umana cui miti, sciamani e teogonie rispondono come meglio possono. La scienza gli assomiglia, ma solo fino a un certo punto. Perché, spiega Tonelli, “il suo racconto delle origini ha una consistenza e una completezza con cui è difficile competere”. Le affermazioni della fisica sembrano confinate a cerchie ristrette di esperti. Ma in silenzio, un passo dopo l’altro, cambiano la storia del mondo. La descrizione dell’atomo, la nascita della meccanica quantistica, la relatività di Einstein si collocano in momenti storici particolari, in cui gli uomini si preoccupano di tutt’altro, fra crisi economiche e guerre imminenti. Eppure, spiega Tonelli, quando la scienza costringe l’uomo a cambiare la visione del mondo, presto o tardi il mondo è destinato a cambiare. Si rivoluzionano arte, filosofia, rapporti economici. “È l’incalzare incessante delle scoperte scientifiche che segna il ritmo di questo movimento sotterraneo, come la spinta possente di un magma che deforma la crosta terrestre e talvolta la lacera irrimediabilmente”. Quelle che prima erano nozioni astruse, confinate a un’élite di scienziati, diventano parte della nostra cultura. E di questo processo di lento assorbimento e redistribuzione, libri come *Genesi* sono il motore.



◀ **Il libro**
Genesi, il grande racconto delle origini, Feltrinelli, 224 pagine, 17 euro



La genesi dei nazionalismi 2.0

Le politiche neoliberiste alimentano le disparità e chi è in difficoltà trova ascolto dai populist

Col peggioramento dei servizi sociali crescono le cause di disagio psicologico e fisico. E le reazioni sono simili, da Casal Bruciato e Torre Maura ai quartieri depressi di Londra

Le risposte della sinistra risultano controintuitive per chi ha reddito basso e istruzione modesta

Ritorna l'idea di nazione come comunità biologica, che ci riporta ai giorni bui dell'Europa

ALBERTO MARIO BANTI

Quando rinascono i nazionalismi? Tutto, in un certo senso, inizia nel 1979, quando - col successo di Margaret Thatcher in Gran Bretagna - si impone il nuovo verbo politico-economico del neoliberismo. Ora, è sugli effetti a lungo termine delle politiche neoliberiste che dobbiamo concentrarci per capire le ragioni dell'emergere di un nazionalismo 2.0.

I dati disponibili ci dicono che le politiche neoliberiste hanno causato un vistoso aumento delle disuguaglianze all'interno dei diversi Paesi che le hanno adottate. Col crescere della disuguaglianza sono cresciuti anche numerosi altri segni di disagio sociale: nei Paesi dove la disuguaglianza è maggiore, la mobilità sociale è nettamente minore; cioè è più difficile per il figlio o per la figlia di una famiglia povera migliorare la propria condizione sociale o economica rispetto a quella dei genitori. E, allo stesso modo, dove la disuguaglianza è maggiore, maggiore è anche la criminalità, peggiori sono i servizi sanitari, più diffuse sono le malattie mentali o di altro genere.

In questi casi, il rapporto non deve essere considerato di tipo immediatamente cau-

sale. Cioè, non è possibile affermare che la maggiore disuguaglianza, di per sé, causa problemi sociali. Si deve osservare, invece, che la maggiore disuguaglianza è l'effetto di politiche economiche che ridimensionano la spesa pubblica, e quindi anche la spesa per i servizi sociali, rendendo peggiore la qualità di questi stessi servizi. Di conseguenza le famiglie più povere hanno a disposizione minori strumenti di assistenza sociale; peggiorano, dunque, le loro condizioni di vita, mentre aumentano le cause di disagio psicologico o fisico.

Chi è in difficoltà ha bisogno di risposte. E le trova dove lo storytelling politico è più semplice e più plausibile. I principali partiti di centro-sinistra in Europa non sembrano possedere uno storytelling di questo tipo. Una volta al governo - in genere - non si sono allontanati mai dai fondamentali del neoliberismo (pressione fiscale contenuta, in particolare sui redditi alti; tagli alla spesa pubblica; privatizzazioni; deregulation); d'altro canto, le narrazioni simboliche che offrono (per esempio: «apriamo le braccia a chi ha bisogno di accoglienza e viene da Paesi disagiati»), suonano decisamente controintuitive a tutte quelle persone che dispongono di redditi bassi, di livelli di istruzione modesti, di risorse cognitive non particolarmente articolate, le quali reagiscono dicendo: ma come? e perché non pensate a noi, prima che a tutti questi «altri»?

Qui in gioco non c'è tanto

il fondamento etico o sociologico di una reazione simile. Ma il fatto che questo tipo di reazione accomuna una grande quantità di persone (da chi abita a Torre Maura o Casal Bruciato, a chi abita nei quartieri depressi di Londra, o Manchester, o Birmingham). Queste stesse persone, che rifiutano lo storytelling dei partiti di centro-sinistra, trovano invece persuasivo lo storytelling offerto dai partiti populist. I quali costruiscono una narrazione tutta giocata sulla logica delle differenze, sull'identificazione di un nemico, di un capro espiatorio su cui riversare frustrazioni e inquietudini.

La loro narrazione è semplice: «La colpa delle nostre sventure è della finanza internazionale (magari ebraica); delle caste politiche nazionali; dei tecnocrati dell'Unione Europea; la colpa è dei flussi migratori; o comunque dei migranti che costituiscono una minaccia alla nostra prosperità, perché sono portatori di culture e identità religiose del tutto estranee alle nostre; e dunque, recuperiamo la sovranità nazionale, e potremo fare politiche a sostegno del popolo; prima gli italiani; prima i francesi; di-



fendiamo la cultura ungherese; difendiamo l'identità polacca; e facciamo in ragione delle differenze etniche, religiose, culturali, che ci separano da questi nostri nemici».

Ecco: questo è lo storytelling dei movimenti populistici di destra. È semplice, facilmente comprensibile, e psicologicamente soddisfacente, anche quando non pone affatto le premesse per politiche realmente efficaci dal punto di vista economico e sociale. E in ragione della sua facile comprensibilità attrae strati deboli della popolazione. Ma è chiaro che è anche uno storytelling carico di implicazioni. La prima, e la più importante, è la ripresa di un dialogo con l'archivio memoriale del nazionalismo ottocentesco, anche nelle sue forme più estreme: ecco dunque riemergere l'idea che la nazione è una comunità biopolitica, che nasce da una storia che è culturale, ma anche biologica, di sangue, di stirpe; da questo assunto deriva che si deve difendere non solo la sovranità nazionale, ma la concezione della nazione come comunità fondata sullo *ius sanguinis*: si è italiani e italiane (o francesi, britannici, ungheresi, ecc.) non perché si può scegliere di esserlo,

ma perché si nasce dentro la comunità nazionale: un'idea che ci riporta ai momenti più oscuri della storia europea ottocentesca. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

A TRENTO

Da oggi a domenica conferenze, dialoghi e proiezioni

«Come nascono le nazioni (e perché ritornano i nazionalismi)» è il titolo della lecture che Alberto Mario Banti (nella foto), professore ordinario di Storia contemporanea all'Università di Pisa, terrà domani a Trento al 14° Festival dell'Economia, in programma da oggi a domenica. Il tema di quest'anno è «Globalizzazione, nazionalismo e rappresentanza». Il Festival è progettato dagli Editori Laterza con la direzione scientifica di Tito Boeri, e promosso dalla Provincia autonoma di Trento, dal Comune di Trento e dall'Università degli studi di Trento con la partnership di Intesa Sanpaolo. Nel cartellone una sessantina di incontri, tra lecture, dialoghi, proiezioni cinematografiche. Il programma e tutte le informazioni su www.festivaleconomia.eu