

## Rassegna del 23/07/2019

### AOUP

23/07/19	Nazione Pisa	26	Lettere alla redazione - Liste d'attesa infinite all'ospedale	...	1
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	6	Un bagno in mare come regalo di compleanno	S.C.	2
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	9	Finisce in coma per le botte nell'assalto dentro un locale	...	4
21/07/19	ILTIRRENO.GELOCAL.IT	1	25 ragazzi diabetici al campo scuola	...	5
22/07/19	MAREMMANEWS.IT	1	Gravidanze ad alto rischio, istituita la Rete clinica regionale	...	6
23/07/19	Nazione Viareggio	6	INCIDENTE Muore dopo lo scontro	Casini Antonia	7
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Rossi: «Firmiamo il contratto il giorno dopo la sentenza»	Boi Giuseppe	8
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Il nuovo "blocco parto" apre oggi i battenti	...	10
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Inaugurata la sala d'attesa	...	11

### SANITA' PISA E PROVINCIA

23/07/19	Nazione Pisa	22	Al Pappafico serata di beneficenza «Ballando sotto la Stella Maris»	...	12
23/07/19	Nazione Pisa	26	Lettere alla redazione - Se il medico va in pensione	...	13
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	13	Ospedale Lega: «L'Asl vigili su carenza di medici»	...	14

### SANITA' REGIONALE

23/07/19	Nazione Pistoia-Montecatini	13	CUTIGLIANO Dibattito sulla sanità L'incontro con Saccardi	...	15
23/07/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	1	L'Asl sbaglia il bando Ginecologia senza primario - L'Asl si accorge di aver sbagliato il bando 26 mesi persi per il primario di Ginecologia	Corsi Giulio	16
23/07/19	Corriere Fiorentino	6	Il 112 sarà il numero unico delle emergenze	...	18
23/07/19	Corriere Fiorentino	7	Celle più umane a Sollicciano (ma tra tre armi)	M.B.	19
23/07/19	Nazione	18	'Dipendenze da videogiochi, Asl in campo'	...	21
23/07/19	Nazione Firenze	4	Numero unico di emergenza, centrale al Palagi	...	22
23/07/19	Nazione Firenze	4	Numero unico di emergenza, centrale al Palagi	...	23
23/07/19	Nazione Firenze	10	E' Irene Piccioni il primo medico non specializzato	...	24
23/07/19	Nazione Firenze	10	E' Irene Piccioni il primo medico non specializzato	...	25
23/07/19	Nazione Grosseto-Livorno	11	'In Vetta', si è conclusa la prima fase	Ciuffoletti Nicola	26
23/07/19	Nazione Pistoia-Montecatini	5	Chirurgia in 3D Due donne operate al San Jacopo - Laparoscopia ovarica, ora in 3D	...	27
23/07/19	Nazione Pistoia-Montecatini	16	«Accuse infondate contro il Soccorso»	Bernardini Daniele	28
23/07/19	Nazione Siena	8	L'assessore con l'Asl «Sul 118 non serve la guerra tra poveri» - «118, niente guerra tra poveri»	...	29
23/07/19	Nazione Siena	15	In Vetta', si è conclusa la prima fase	Ciuffoletti Nicola	31
23/07/19	Sole 24 Ore .salute	26	Pronto soccorso, dai colori ai numeri per ridurre le attese	Bartoloni Marzio - Gobbi Barbara	32
23/07/19	Tirreno	11	Numero per tutte le emergenze Anche in Toscana il "Nue 112"	...	34
23/07/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	3	Bini e Saccardi: la sanità non interessa al governo	...	35
23/07/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	3	All'ospedale San Jacopo è arrivata la chirurgia 3D	...	36
23/07/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	6	Paolo Montalto con Aigo ricevuto da Mattarella	G.L.P.	38

### SANITA' NAZIONALE

23/07/19	Buone Notizie Corriere della Sera	2	La ricercatrice e la youtuber «Ragazzi, non fumate» - «Fumare dà il cancro» «E non è neanche figo»	De Bac Margherita	39
23/07/19	Buone Notizie Corriere della Sera	13	«Più forti di tutto» Padova contro i tumori - «Sconfiggeremo il male invincibile»	Visentin Francesca	42
23/07/19	La Verita'	10	I vescovi cattolici chiedono che Tafida non resti ostaggio della sanità inglese	Belloni Caterina	44
23/07/19	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	4	Se proprio volete usare la spesa storica fate la media degli ultimi dieci anni - Se dovete usare la spesa storica che sia quella di lungo periodo	Giannola Adriano	46
23/07/19	Repubblica Salute	2	Cuore caldo - Se il caldo fa impazzire il cuore	Mereta Federico	51
23/07/19	Repubblica Salute	3	In montagna trekking ma senza esagerare	f.m.	55
23/07/19	Repubblica Salute	4	Quando la testa scoppia	Simoniello Tina	56
23/07/19	Repubblica Salute	6	Aiuto ho un insetto neul'orecchio	Gabaglio Letizia	60

23/07/19	Repubblica Salute	14	Intervista a Christopher Murray - "Stiamo bene ma la sanità è malata"	D'Alessandro Jaime	62
23/07/19	Repubblica Salute	15	Il commento - Il sistema si salva con politiche su immigrazione e natalità	Rosina Alessandro	65
23/07/19	Sole 24 Ore .salute	25	Dalle stazioni alle società sportive: defibrillatori ovunque per legge - Dai treni alle società sportive: defibrillatori ovunque per legge	Cottone Nicoletta	66
23/07/19	Sole 24 Ore .salute	26	In breve - Terapie ad hoc Medicina di genere, Italia leader in Europa	...	68
23/07/19	Stampa Tuttosalute	32	"Missione compiuta" La super-protesi ripara l'ernia e poi sa come scomparire	Lubrano Tommaso G.	69

### CRONACA LOCALE

23/07/19	Nazione Pisa	4	«Un grazie per le donazioni: un progetto nel nome del ragazzo»	An.Cas.	70
23/07/19	Nazione Pisa	5	Travolto in bici: muore in ospedale - Investito in bicicletta, muore	...	71
23/07/19	Nazione Pisa	5	Convenzione, la svolta	Conte Valentina	72
23/07/19	Nazione Pisa	6	Terremoto nel governo dell'ateneo Dimissioni nella squadra del rettore - Dimissioni-choc nella squadra del rettore	Mancini Eleonora	73
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	2	Ubriaco crea scompiglio in ospedale	...	75
23/07/19	Nazione Pisa	10	CASCINA Incidente fra otto auto	A.c.	76
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	2	Morto con un coltello nel petto la Procura dispone l'autopsia	Borghigiani Pietro	77
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	5	Pro Loco Coltano svolta a destra E il gran duello finisce in Tribunale	Loi Francesco	78
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	5	Europeisti di centrosinistra "Italia in Comune" arriva anche in provincia	Venturini Carlo	80

### RICERCA

23/07/19	Corriere della Sera	30	La Lente - Il made in Italy e il progetto per far rientrare i cervelli in fuga	Voltattorni Claudia	81
23/07/19	Repubblica Salute	6	Lo studio Il taglia-incolla del Dna previene la sordità nei topi	...	82
23/07/19	Repubblica Salute	11	Cara Italia ti scrivo - Elena, "borsa" all'Imperial College "A Londra per la ricerca sull'ictus"	Strippoli Sara	83
23/07/19	Repubblica Salute	11	È colpa dei geni se denti e gengive si ammalano	...	85
23/07/19	Repubblica Salute	12	Lo scienziato che scova il Dna tossico	Moricone Tiziana	86
23/07/19	Stampa Tuttosalute	29	Qualche micro-filo e basterà il pensiero Come Neuralink vuole trasformarci in cyborg	Sabadin Vittorio	88
23/07/19	Stampa Tuttosalute	29	La strategia nanotech che curerà il cervello	Cambiaghi Marco	89
23/07/19	Stampa Tuttosalute	32	Una fabbrica per produrre il sangue universale - Il sangue diventa universale	Mariano Paola	90
23/07/19	Stampa Tuttosalute	32	Otto geni alla base dell'anoressia	...	92
23/07/19	Stampa Tuttosalute	33	La sfida dell'immunoterapia contro il tumore al colon - "Luce verde all'immunoterapia"	Panciera Nicla	93

### UNIVERSITA' DI PISA

23/07/19	Nazione Pisa	23	Salotto culturale con Liliana Dell'Osso	...	95
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Neuroscienze, in città i migliori esperti europei	...	96
23/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	In 150 da tutto il mondo per la biologia sintetica	...	97
***					
23/07/19	Comunicazione agli Abbonati	1	Comunicazione agli abbonati	...	98

# LETTERE ALLA REDAZIONE

✉ **SALUTE**

## *Liste d'attesa infinite all'ospedale*

**MI SONO** recato in data 1 gennaio 2019 nel reparto di chirurgia generale presso l'Ospedale di Cisanello. Mi è stata diagnosticata un'ernia inguinale e sono stato inserito nella lista di attesa per un intervento in day surgery da effettuare in data da definire, non prima del 2020. Poiché ho avvertito un peggioramento, il 20 giugno mi sono presentato nuovamente in reparto nella speranza di poter anticipare l'intervento. I medici mi hanno spiegato che le liste di attesa sono lunghe in quanto non hanno la possibilità di poter usufruire delle sale operatorie per inefficienza della struttura operatoria e che per i pazienti oncologici le liste di attesa hanno in media una durata di tre mesi. Voglio evidenziare il vergognoso disservizio di un ospedale di alta specializzazione in cui medici ineccepibili dal punto di vista professionale e umano, sono ostacolati da un sistema sanitario inefficiente e non all'altezza.

**Nilo Cerri**  
Pisa



# Un bagno in mare come regalo di compleanno

La giornata speciale di Sandra Pratali, 56 anni, malata di sclerosi laterale amiotrofica, grazie all'impegno del Team Deri

TIRRENIA. Una frase buttata là ("Cosa mi regali per il mio compleanno?") mentre erano sull'ambulanza, sulla strada verso casa, dopo la visita all'acquario di Genova. **Sandra Pratali**, 56 anni, malata di sclerosi laterale amiotrofica, combatte ogni giorno contro la malattia e non vuole rinunciare ai suoi sogni. Lei sapeva che quella domanda rivolta a **Stefania Mazzucchi**, presidente dell'associazione Team Deri, nata per aiutare i malati di Sla, non sarebbe caduta nel vuoto. Stefania ha cercato di capire cosa si nascondesse dietro quella semplice richiesta. Sandra, che vive a Bientina e che insieme all'associazione è stata anche in gita in barca, avrebbe voluto un regalo in particolare: riuscire a fare di nuovo un bagno al mare. Per lei, ormai imbrigliata nel suo corpo, anche una gita al mare richiede una grande organizzazione. «Ma noi siamo qui per questo e il desiderio è diventato realtà», spiega Stefania. Sandra ha fatto non solo un bagno ma due nel giorno del suo compleanno, proprio come avrebbe fatto se la malattia non l'avesse paralizzata. I suoi occhi illuminati di felicità sono stati il regalo più bello che ha donato a chi ha realizzato il suo sogno.

Ieri mattina il Bagno Corallo ha fatto da location al bellissimo compleanno con rinfresco e dolce della pasticceria Mannocci di Titignano. Una gioia per tutto il Team, i volontari della Misericordia di Calci e il dottor **Paolo Malacarne**, primario del reparto di anestesia e rianimazione a Cisanello. Il medico, insieme a Stefania, è una delle colonne portanti dell'associazione di Cascina, unica nel suo genere. Hanno collaborato anche la Capitaneria di Porto (ha scortato con il gommone il gruppo) e **Fabio Gabrielli**, titolare del Corallo, visibilmente emozionato. Una mattina di quelle che lasciano il segno. «Chissà cosa avrà pensato Sandra a farsi cullare dalle onde», dice Stefania. «Noi abbiamo rispettato il silenzio, dentro c'erano felici-

tà ed amore, oltre alla soddisfazione. Il silenzio della rivincita sulla malattia. Siamo una piccola associazione, ma abbiamo un cuore grande. Grazie a chi ci aiuta ed a chi ha collaborato a questa fantastica uscita», conclude Mazzucchi. —

S.C.

CC BY-NC-ND/ALCUNI DIRITTI RISERVATI





Il bagno di Sandra Pratali con il Team Deri nelle acque di Tirrenia

IN VIA FRIULI

# Finisce in coma per le botte nell'assalto dentro un locale

**Gravi lesioni alla testa per un 36enne operato in neurochirurgia a Cisanello. I carabinieri stanno cercando i tre autori dell'aggressione**

**CASCINA.** Un assalto, quasi con le modalità di una spedizione punitiva. Aggressione, botte senza risparmiare colpi. E poi la fuga. Con l'obiettivo del raid stesso a terra esanime. Lui, il ferito, si trova a Cisanello in prognosi riservata. Loro, i picchiatori, sono ricercati dai carabinieri.

L'episodio è avvenuto intorno alle 4,30 di domenica in un locale in via Friuli. La vittima è un romeno di 36 anni, uno che ha avuto qualche inciampo con la giustizia.

Chi lo ha picchiato sono tre persone sulla cui identità i militari stanno lavorando dall'alba di domenica.

Le telecamere possono essere di aiuto, così come le testimonianze raccolte tra gli avventori del locale. E non ultimo il racconto del romeno quando sarà in grado di parlare e dare il suo contributo alle indagini.

Lo hanno pestato con una tale violenza da provo-

cargli un'emorragia cerebrale e uno stato commotivo grave al punto da farlo ricoverare in stato coma. I medici della neurochirurgia lo hanno dovuto operare d'urgenza per ridurre l'ematoma e impedire che l'emorragia gli provocasse lesioni irreversibili a livello cerebrale. Ieri il quadro clinico è leggermente migliorato. Il paziente respira senza l'aiuto dei macchinari. La prognosi resta riservata.

Il fronte delle indagini viene seguito dai carabinieri partendo dal passato del romeno. I suoi legami con alcuni pregiudicati, situazioni in cui lui stesso si è trovato di recente e il contesto in cui si muove considerato borderline.

L'attività è partita subito e procede con una serie di accertamenti in attesa di poter parlare con l'agredito.

Cosa possa aver innescato l'assalto e, soprattutto, se l'effetto scatenante sia dovuto a un episodio avvenuto in serata nel locale o se appartenga alla sfera della vendetta è uno degli aspetti della storia che viene tenuto in considerazione dagli investigatori. —

**P.B.**



L'accesso a neurochirurgia di Cisanello

(FOTO MUZZI)



## **ILTIRRENO.GELOCAL.IT**

### **25 ragazzi diabetici al campo scuola**

BIBBONA. Venticinque ragazzi, dagli 11 ai 18 anni, provenienti da tutta l'area asta e affetti da diabete mellito hanno partecipato al campo scuola che si tenuto nei giorni scorsi a Marina di Bibbona sul tema della alimentazione e la conta dei carboidrati. L'evento, finanziato dalla Regione Toscana e organizzato dall' UsI Toscana nord ovest e con la pediatria dell'Azienda ospedaliera universitaria pisana e le associazioni dei giovani pazienti diabetici, ha dato la possibilità di approfondire varie tematiche inerenti l'alimentazione in modo formativo e divertente grazie anche alla collaborazione dei dietisti, Lorenzo Dell'Amico e Saskia Nesti. I ragazzi hanno così potuto perfezionare le loro conoscenze in tema alimentare, imparare a gestire i carboidrati attraverso attività ludiche e pratiche, confrontandosi tra loro e con gli specialisti.

I cookie vengono utilizzati per migliorare il nostro sito e la vostra esperienza quando lo si utilizza. I cookie utilizzati per il funzionamento essenziale di questo sito sono già state impostate. Per saperne di più sui cookie che utilizziamo, vedere le [Informazioni sui Cookie](#).

Accetto i cookie da questo sito.

# MaremmaNEWS

il primo quotidiano online della Maremma



Prova a guardare il video su [www.youtube.com](http://www.youtube.com) oppure attiva JavaScript se è disabilitato nel browser.

- HOME
  - CRONACA
  - AMBIENTE
  - ATTUALITÀ
  - POLITICA
  - SPORT
  - SALUTE
  - ECONOMIA
  - CULTURA
  - COSTUME E SOCIETÀ
- DALLA REGIONE VIDEO MAIL

## Gravidanze ad alto rischio, istituita la Rete clinica regionale

Twitter



**Firenze:** Negli ultimi decenni, molti fattori hanno determinato un aumento del numero di gravidanze "ad alto rischio". La Regione Toscana, che già negli ultimi mesi ha attuato numerosi provvedimenti dedicati alla salute materno infantile, ha istituito ora la Rete clinica regionale per il management delle gravidanze ad alto rischio materno e fetale.

Lo ha fatto con una delibera presentata in giunta dall'assessore al diritto alla salute Stefania Saccardi e approvata nel corso di una delle ultime sedute.

La Rete clinica istituita con la delibera vuole adeguare l'offerta di risposte ai migliori standard qualitativi nazionali e internazionali. Prevede un Comitato strategico regionale, tre sotto reti di Area vasta, che ricomprendono la relativa Unit di medicina materno fetale e le articolazioni territoriali e ospedaliere per le gravidanze a rischio. Viene inoltre previsto un Centro di coordinamento regionale per la patologia fetale: è necessario infatti concentrare i casi in pochi centri specializzati, per consentire equità di accesso a tutte le gestanti che ne abbiano la necessità, e che potranno così ricevere la migliore assistenza possibile; permettere agli operatori di mantenere la necessaria competenza e, al tempo stesso, garantire il massimo allineamento dei comportamenti tecnico-professionali.

"Negli ultimi mesi abbiamo messo in atto azioni e percorsi a favore della gravidanza e della nascita - ricorda l'assessore Saccardi - Il nuovo protocollo per la gravidanza fisiologica, il nuovo percorso di accesso alla diagnosi prenatale, la nuova applicazione mobile al percorso nascita hAPPyMamma. Abbiamo aggiornato i livelli organizzativi per la rete dei punti nascita e le raccomandazioni per il trasporto protetto neonatale e il trasporto assistito materno. Con questa nuova delibera abbiamo voluto assicurare un percorso coordinato per le gravidanze ad alto rischio, perché le mamme e i nati abbiano i servizi e le competenze migliori".

### Le Rete clinica regionale per le gravidanze ad alto rischio

La Rete comprende:

- le Unit di medicina materno-fetale costituite nelle AOU Careggi, AOU Senese, AOU Pisana
- Il Centro di coordinamento regionale per le patologie del feto, con valenza regionale
- gli ambulatori delle Aziende sanitarie e della FTGM (Fondazione Toscana Gabriele Monasterio) per le gravidanze a rischio
- la struttura di Diagnosi prenatale e dei difetti congeniti della AOU Meyer.

La governance della rete clinica è assicurata da un Comitato strategico regionale, con funzioni consultive e propositive per gli atti di programmazione regionale.

### Le gravidanze a rischio in Toscana

Negli ultimi decenni i cambiamenti dello stile di vita, il controllo della riproduzione, l'aumento della sopravvivenza e della fertilità delle donne con gravi malattie croniche, il riconoscimento di fattori di rischio ereditari e acquisiti, non letali e/o curabili, e le tecniche di riproduzione assistita, hanno incrementato il numero di gravidanze "ad alto rischio".

Secondo le elaborazioni dell'ArS, Agenzia Regionale di Sanità, i dati relativi a gravidanza e parto in Toscana confermano la tendenza alla diminuzione della natalità avviatisi dall'inizio della crisi economica del 2008, che interessa tutte le regioni del Paese. In Toscana si passa dai 9,3 nati vivi per 1.000 abitanti del 2008 a 6,9 nati vivi del 2018 (da 9,8 a 7,4 in Italia). Le donne in età fertile (15-49 anni) sono il 20,2% della popolazione e si mantiene elevata l'età al parto (32,1 anni in Toscana; 31,9 in Italia), seppure stabile negli ultimi anni. Il 36,2% delle donne al parto ha 35 anni o più, mentre il 9,8% ha 40 anni o più.

Il 24,6% delle donne è in condizione di sovrappeso o obesità prima della gravidanza e il 7,9% fuma durante la gravidanza (lo 0,9% fuma più di dieci sigarette al giorno). I parti delle coppie che fanno ricorso a tecniche di procreazione medicalmente assistita (PMA) sono in aumento nel tempo: da poco più dell'1% nel 2011 al 3,7 del 2018. All'aumentare dell'età della donna aumenta il ricorso alla PMA, in particolare sopra i 43 anni.

Secondo i dati del Registro Toscano Difetti Congeniti, in Toscana la prevalenza dei casi con anomalia congenita è pari a 1,9 per 100 nati residenti in regione nel 2008 e a 2,3 per 100 nati nel 2017, con una prevalenza media nel periodo 2008-2017 pari a 2,2 per 100 nati.

Dettagli

Categoria: [DALLA REGIONE](#) Pubblicato: 22 Luglio 2019 Visite: 51

[← Indietro](#)

[Avanti →](#)

**CPT Grosseto**  
Comitato Paritetico Territoriale per la sicurezza e la formazione in edilizia

UNA SERATA SPECIALE SOTTO LE STELLE

**"ONORE ALLA FIORENTINA"**

26 Luglio 2019 / ore 19:30  
HOTEL RELAIS SANTA GENOVEFFA

ABBIGLIAMENTO, LINGERIE, MODA MARE E NON SOLO.

**Dee**  
Jumelle pinelle  
il mondo di essere uniche!

**SALDI**

ORBETELLO  
Via Mazzini 120/15  
TEL. 0464 860729  
@deemodamini@plurale.it

**FISH AND MUSIC**  
DAL GUADAGNOLI



**TOSCO INTERMEDIA**  
SOLUZIONI IMMOBILIARI  
[www.toscointermedia.com](http://www.toscointermedia.com)

**Elle Esse Casa**

2016

coffee is nice take break

via Albereta, 44 e via Cassarelllo, 32  
FOLLONICA (GR) - tel. 0566 55058

Acquedotto del Fiora  
Acquedotto del Fiora diventa **adrf**

**INCIDENTE**

# Muore dopo lo scontro

**NON HA** mai più ripreso conoscenza dopo l'incidente di sabato 13 luglio, quando era stato investito mentre percorreva in bicicletta l'Aurelia tra Pisa e Torre del Lago. Ed è morto dopo quasi 10 giorni a Cisanello, dove è stato identificato solo con le impronte digitali. Mohamed Abdellaqui, nato in Marocco nel '70 ma identificato a Viareggio, non ce l'ha fatta. L'impatto con la Citroen gli è stato fatale. La dinamica è stata ricostruita dalla municipale di Vecchiano: l'uomo, che aveva un tasso alcolemico superiore a 1 g/l, ha compiuto una brusca deviazione verso il centro della carreggiata mentre l'auto alle sue spalle iniziava la manovra di sorpasso. I soccorsi del 118 sono stati immediati, ma le condizioni dell'uomo, in stato di incoscienza, sono apparse subito gravi: fratture alla testa. Il caso ora passa alla Procura per eventuali approfondimenti, mentre si cercano i parenti dell'uomo che, in tutti questi giorni, non ha ricevuto visite.

**antonia casini**



**SOCCORSI** Non ce l'ha fatta il ciclista (foto d'archivio)



# Rossi: «Firmiamo il contratto il giorno dopo la sentenza»

Entro fine mese il verdetto del Consiglio di Stato sulla gara a Salini-Impregilo  
Il presidente della Regione pronto ad affidare i lavori per ampliare Cisanello

**Giuseppe Boi**

PISA. In Regione è cominciato il conto alla rovescia. Entro la fine di luglio è attesa la decisione del Consiglio di Stato sul ricorso di Pessina costruzioni e la Inso per l'affidamento dei lavori del nuovo Santa Chiara alla Salini-Impregilo. Una decisione che, si spera, consentirà finalmente l'avvio dei lavori: vale a dire l'ampliamento dell'attuale ospedale di Cisanello. Un cantiere che il presidente **Enrico Rossi** si dichiara pronto ad aprire: «Il giorno dopo la decisione de Consiglio di Stato siamo pronti a firmare il contratto con qualsiasi azienda abbia ottenuto il via libera dai giudici amministrativi».

Le parole di Rossi sono in linea con la condotta tenuta dalla Regione in questi mesi di lite giudiziaria tra le tre aziende che hanno partecipato all'appalto da 430 milioni di euro per il nuovo ospedale. Vale a dire quella di at-

tersi alle decisioni dei giudici andando avanti, sentite l'avvocatura regionale e l'Autorità nazionale anticorruzione, con l'affidamento dei lavori con l'obiettivo aprire il cantiere entro l'anno.

Il bando per l'affidamento dei lavori era stato aggiudicato alla Inso. La Pessina-costruzioni presentò ricorso al Tar a cui l'azienda vincitrice rispose con un'istanza incrociata. Il Tar ha accolto entrambe le domande con l'effetto di estromettere dalla graduatoria tutti e due i ricorrenti: Inso per aver "gonfiato" un po' troppo i requisiti; Pessina costruzioni per un inciampo formale sull'indicazione dello sviluppatore immobiliare per l'area del vecchio Santa Chiara. Il risultato finale è stato l'assegnazione dell'appalto alla terza classificata: la Salini-Impregilo. La sua proposta era la migliore a livello tecnico, ma anche quella con il minore ribasso. E questo determinò il punteggio che l'aveva fatta scivolare

al terzo posto.

Nel rispetto di quanto stabilito dal giudice amministrativo, la Regione ha proseguito l'iter di affidamento e ora attende la pronuncia del Consiglio di Stato per procedere alla firma del contratto che prevede entro e anni l'ampliamento del policlinico per consentire il trasferimento dei reparti e dei servizi attualmente ospitati nello storico Santa Chiara, ospedale nel centro storico della città. Un passaggio chiave per garantire quelle ambizioni di centro di eccellenza europea coltivate dal policlinico pisano e, soprattutto, per consentire di abbattere le liste d'attesa per i pazienti che si rivolgono alla sanità pisana.

Così, per non dilatare ancora i tempi per l'apertura dei cantieri, la Regione si dichiara pronta a tutto: vale a dire a firmare il contratto con qualsiasi azienda esca vincitrice dal Consiglio di Stato. Del resto i 430 milioni dell'appalto sono già finanziati, è arrivata l'ora di spenderli. —

## LA DECISIONE

### Il Tar consente a Pessina l'accesso agli atti del bando

Ricorsi e contro ricorsi. Battaglie davanti al Tar e al Consiglio di Stato caratterizzano ormai il bando per i lavori del nuovo Santa Chiara a Cisanello. L'ultima decisione dei giudici è arrivata ieri. A pronunciarsi è stato il Tar che ha accolto la richiesta della Pessina costruzioni contro la decisione dell'Aoup di negare l'accesso agli atti presentati dalla Salini-Impregilo per partecipare al bando.





Una simulazione dell'ospedale di Cisanello dopo la realizzazione dei reparti al momento al Santa Chiara

## SANTA CHIARA

## Il nuovo “blocco parto” apre oggi i battenti

PISA. Taglio del nastro questa mattina per il nuovo blocco parto dell'ospedale Santa Chiara. La struttura sanitaria, ubicata al secondo piano dell'edificio 2, è stata oggetto in questi ultimi mesi di una serie di lavori di ristrutturazione urgente e sarà inaugurata oggi alle 12,30.

Alla cerimonia di inaugurazione interverranno il sindaco di Pisa **Michele Conti**; l'assessore regionale alla salute **Stefania Saccardi**; il direttore generale dell'Aoup **Silvia Briani**; il presidente della Scuola interdipartimentale di Medicina **Mario Petrini**; il direttore sanitario dell'Aoup (e direttore del Dipartimento materno-infantile) **Grazia Luchini**; il direttore dell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia 1 **Tommaso Simoncini**; il direttore dell'Unità operativa di Ostetricia e Ginecologia 2 **Pietro Bottone**; il direttore dell'Unità operativa di Neonatologia **Paolo Ghirri**; le coordinatrici ostetriche **Federica Pancetti** e **Federica Lunardi**. —



## ENDOCRINOLOGIA

### Inaugurata la sala d'attesa

Da ieri nell'ospedale di Cisanello è in funzione la nuova accettazione dell'area endocrinologica con annessa sala d'attesa. La nuova struttura per i pazienti è ubicata davanti al bar ed è raggiungibile seguendo dall'ingresso la segnaletica che indica l'Area celeste.



# Al Pappafico serata di beneficenza «Ballando sotto la Stella Maris»

«**BALLANDO** sotto la Stella Maris» è il titolo della serata in programma giovedì 25 (dalle 19) al Pappafico in via Litoranea 14 a Marina di Pisa. Non si tratta di una replica del noto programma televisivo, ma è qualcosa in più: un momento di socialità, divertimento e integrazione per i ragazzi e le famiglie del Centro di Montalto. «Ballando sotto la Stella Maris», evento dal chiaro intento solidaristico, prevede un'apericena davvero ricca e gustosa e una quota del ricavato sarà devoluto al presidio riabilitativo di Montalto di Fauglia per finanziare i tanti progetti speciali (tra questi l'incontro con i cavalli, sensibili e meravigliosi animali capaci di creare un rapporto speciale con le persone con disabilità) a supporto della riabilitazione, programmati nella struttura a favore dei propri ospiti. L'evento di charity, promosso dalla Fondazione Stella Maris con Agosm, l'Associazione che riunisce i familiari degli ospiti della struttura, prevede poi un momento di ballo, grazie alla partecipazione delle Scuole di ballo Spazio Danza & Pocker D'Assi Ballet che accompagneranno i presenti in una serata di allegra spensieratezza. Le scuole daranno vita a un'esibizione da togliere il fiato, per poi invitare a un ballo sotto le stelle di Marina di Pisa. Presente anche un DJ che animerà la serata in consolle. «Vogliamo che i nostri ragazzi possano avere un momento di gioia e divertimento. Per questo saranno invitati a qualche giro di valzer – spiega la dottoressa Graziella Bertini, direttore del presidio di Montalto –. Il ricavato dell'apericena ci consentirà di sostenere le spese dell'organizzazione e finanziare le molte attività integrative alla riabilitazione programmate per i nostri ragazzi». Per informazioni e prenotazioni chiamare il 335/6310713. Costo apericena 25 euro (10 andranno ai progetti speciali di Montalto).




# LETTERE ALLA REDAZIONE

*Se il medico  
va in pensione*

**SCRIVO** al direttore generale dell'Azienda Usl 5, e per conoscenza, al Ministro della Salute Giulia Grillo. Il mio medico di base è andato meritatamente in pensione. Al suo posto è subentrato il nuovo medico. E qui vee il bello! Tutti i pazienti se non vogliono rimanere senza medico, devono recarsi personalmente al distretto sanitario di competenza, muniti di tessera sanitaria e carta di identità, per effettuare la scelta del medico sottoscrivendo apposita documentazione. Quindi, se il medico che è andato in pensione aveva 2000/2500 pazienti, tutti costoro si devono mettere in fila per scegliere il medico subentrante. Evviva la semplificazione burocratica. Un minimo di buon senso impone che i pazienti del medico che va in pensione vengano automaticamente posti in carico al nuovo medico, dopo di che il paziente se vuole, può scegliere in qualsiasi momento di cambiare.

**Stefano Gambassi**  
Vecchiano



**Tutti i pazienti  
se non  
vogliono  
rimanere  
senza medico,  
devono recarsi  
personalmente  
al distretto  
sanitario**



## Ospedale

### Legga: «L'Asl vigili su carenza di medici»

Dopo l'allarme lanciato dall'opposizione sulla carenza di medici all'ospedale di Volterra, il consigliere regionale della Lega, Roberto Salvini, interviene sull'argomento per dire che «all'ospedale di Volterra è necessario che le eventuali lacune di personale vengano immediatamente colmate. I pensionamenti non avvengono all'improvviso, ma vi è un preciso calendario d'uscita dal lavoro che è noto a chi di dovere. È doveroso che l'Asl vigili su questa potenziale criticità».



## CUTIGLIANO

# Dibattito sulla sanità L'incontro con Saccardi

**DOPO** la sua assenza all'assemblea pubblica tenuta a Campo Tizzoro nel marzo scorso, per l'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi c'è un nuovo invito a partecipare a un incontro, anch'esso pubblico, sempre sulla montagna pistoiese. In occasione della festa del circolo di Fratelli d'Italia di Abetone Cutigliano, i dirigenti del partito della Meloni hanno infatti invitato l'assessore a parlare di sanità e servizi in montagna. E proprio questo sarà il tema del dibattito che si svolgerà giovedì 1° agosto alle 17.30 a Cutigliano. Oltre a Saccardi, sono stati invitati il senatore di FdI Patrizio La Pietra, il sindaco di Abetone Cutigliano Diego Petrucci, il referente della Consulta della salute e vicesindaco di San Marcello Piteglio Roberto Rimediotti e la presidente della Società della salute Anna Maria Celesti.

«Riteniamo giusto fare un ulteriore tentativo per parlare di un tema prioritario per la montagna – scrive il circolo dell'alta montagna- e lo facciamo in uno spirito di dialogo con tutte le istituzioni coinvolte».



**Stefania Saccardi**



## OSPEDALE

## L'Asl sbaglia il bando Ginecologia senza primario

Dal primo giugno 2017 la struttura è senza un direttore effettivo. Il Tirreno nell'ultimo anno ha più volte denunciato i ritardi della selezione pubblica che avrebbe dovuto individuare il successore di Angela Citernesì, andata in pensione il 31 maggio 2017. Ora - dopo 26 mesi - il colpo di scena: il bando pubblicato il 24 novembre 2017 è stato revocato. **CORSI / IN CRONACA**

OSPEDALE

# L'Asl si accorge di aver sbagliato il bando 26 mesi persi per il primario di Ginecologia

Annulata la selezione pubblica indetta nel 2017 dopo che il candidato favorito ha vinto il concorso ad Arezzo

**Giulio Corsi**

**LIVORNO.** Il triste record di Urologia - rimasta senza primario per 10 anni fino al recente arrivo da Cisanello di **Maurizio Di Maria** - probabilmente resterà imbattibile, ma il reparto di Ostetricia e Ginecologia sembra sulla buona strada per entrare comunque nel libro dei *Guinness*.

Dal primo giugno 2017 la struttura è senza un direttore effettivo. *Il Tirreno* nell'ultimo anno ha più volte denunciato i ritardi della selezione pubblica che avrebbe dovuto individuare il successore di **Angela Citernesì**, andata in pensione il 31 maggio 2017. Ora - dopo 26 mesi passati al rallentatore - il colpo di scena: il bando pubblicato il 24 novembre 2017 è stato revocato. Ed è stato ripubblicato. In sostanza, per usare le parole di Gino Bartali, «l'è tutto da rifare», perché «l'era tutto sbagliato».

### CAMBIANO I REQUISITI

Cosa è successo? La scorsa settimana l'Asl ha chiesto ad Estar, l'ente della Regione deputato alle selezioni del personale, la revoca della procedura e l'indizione di una nuova selezione, "in quanto le specifi-

che descritte nell'avviso non rispondono alle attuali esigenze dell'azienda".

Tradotto dal burocrate criptico all'italiano significa che l'Asl ha deciso di cambiare i requisiti necessari per diventare primario del reparto.

In realtà, a leggere i due bandi a confronto, non è che cambi molto. Nella nuova versione c'è un'attenzione maggiore alla parte dell'ostetricia - soprattutto per quanto riguarda le gravidanze a rischio - rispetto a quella chirurgica. Ma proprio sul fronte dei parti si pongono caratteristiche meno stringenti: prima serviva "un'esperienza professionale maturata in strutture complesse con almeno 1000 parti all'anno negli ultimi 5 anni", ora quel requisito non c'è più. Come mancano - sul fronte ginecologico - molti riferimenti ai trattamenti chirurgici e alle tecniche laparoscopiche che nel 2017 l'Asl aveva messo come fondamentali per partecipare alla selezione.

È vero che da allora sono cambiati direttore generale (**Casani** al posto di **De Laurentis**) e direttore sanitario (**Roti** al posto di **Maccari**) e che Livorno - con la chiusura del punto nascita di Piombino - sarà ancor più riferimento per la provincia, ma una frenata così

brusca dopo tutto questo tempo stupisce.

### TOSCANA A 2 VELOCITÀ

E così, se le "nuove esigenze aziendali" rappresentano la versione ufficiale, quella con cui si giustifica la revoca di una selezione pubblica che aveva attirato candidati da tutta Italia, radio-ospedale fornisce anche una lettura parallela: in questi lunghissimi 26 mesi di attesa, il candidato più accreditato per diventare primario, il dottor **Ciro Sommella** - un passato anche all'Istituto Europeo Tumori di Parigi - ha vinto il concorso altrove, precisamente ad Arezzo dove già era facente funzione e dunque non avrebbe partecipato alla selezione per viale Alfieri.

È vero? Impossibile trovare conferma, l'unica certezza è la sequenza temporale dei fatti. Ma la storia di Sommella evidenzia sicuramente quanto *il Tirreno* scrive da tempo: i ritar-



di imbarazzanti che riguarda il bando per la Ginecologia livornese.

In Toscana è evidente che anche la sanità viaggia a due velocità: ad Arezzo l'ex primario di Ginecologia e Ostetricia **Franco Lelli** è andato in pensione il 31 gennaio 2018 e a maggio 2019 (15 mesi dopo) è stato nominato il suo sostituto. A Livorno l'ultimo primario di Ginecologia e Ostetricia **Angela Citerinesi** è andata in pensione il 31 maggio 2017 e oggi - 26 mesi dopo - tutto è ancora in alto mare.

#### **SERIE A SENZA ALLENATORE**

Si riparte da zero, dunque. E dal punto di vista dell'iter amministrativo si può affermare senza timore di smentita che l'ospedale ha perso due anni abbondanti.

Ciò non significa che in tutto

questo tempo il reparto non abbia funzionato. Tutt'altro. Prima sotto la guida di **Edi Landucci** e ora sotto quella di **Andrea Antonelli** l'attività è proseguita senza intoppi ed è pure aumentata l'attività. Ma è un po' come se una squadra di serie A fosse affidata per due anni ad un allenatore a gettone. Si pensi che all'8° padiglione si eseguono ogni anno 500 interventi ginecologici, tra chirurgia benigna, neoplastica e "piccola" chirurgia, 300 interruzioni di gravidanza, quasi mille parti, di cui 250 cesarei. È un reparto, insomma, dove ogni anno vengono ricoverate almeno duemila donne, senza considerare tutte quelle che passano dagli ambulatori dell'8° padiglione per la parte diagnostica.

#### **COSA SUCCEDDE ORA**

Quanto tempo servirà per avere il nuovo primario? «Arriverà a fine anno», si è sbilanciata recentemente il dg Maria Letizia Casani. Ma servirebbe un'accelerata da Speedy Gonzales, che visto il passo da lumaca usato fino ad ora sembra piuttosto improbabile: i nuovi candidati avranno tempo fino a Ferragosto per presentare domanda. Poi dovrà essere nominata la commissione. Che dovrà valutare i curriculum e attribuire i punteggi. Poi sarà la volta dei colloqui e della delibera del dg. Nel frattempo Livorno continuerà ad avere un comandante senza l'incoronazione. E anche Cecina - che ci ha dato in prestito Antonelli - avrà un reparto con un primario a mezzo servizio. —

## L'ATTIVITÀ ANNUALE DEL REPARTO DI GINECOLOGIA E OSTETRICIA DI LIVORNO

### 300

interruzioni volontarie di gravidanza

### 1.000

parti (con 250 tagli cesarei e 120 episiotomie)

### 500

interventi di chirurgia ginecologica



L'8° padiglione, sede del reparto di Ginecologia

# Il 112 sarà il numero unico delle emergenze

Attivo da marzo prossimo, servirà per chiamare ambulanze, forze dell'ordine, vigili del fuoco

Da marzo 2020, in Toscana basterà chiamare il 112, numero unico per le emergenze, e venire dirottati al servizio richiesto, dal pronto soccorso alle forze dell'ordine fino ai vigili del fuoco. Ed avere una risposta «entro 5-6 secondi, ed entro 45 secondi la chiamata viene indirizzata verso l'intervento utile; quindi, meno di un minuto in tutto» ha ricordato ieri il ministro dell'Interno Matteo Salvini, in Prefettura, dove si è firmato il protocollo con tutti gli enti interessati per far partire il 112 «unico». Con lui, l'assessore regionale alla Salute Stefania Saccardi, la prefetta Laura Lega, Alessandra Guidi, vice capo della Polizia, e Alessio Lubrani, il medico della Asl Toscana centro incaricato dell'organizzazione del 112. Ed in sala c'era anche il sindaco di Firenze Dario Nardella, oltre a rappresentanti di tutte le forze dell'ordine.

«Il numero unico per l'emergenza 112 avrà una serie di vantaggi importanti per la cittadinanza — ha detto Saccardi — Mettiamo in rete quattro numeri: 118, 112, 113, 115, attraverso una centrale unica di risposta che ha sede a Firenze al Palagi (ex Iot), dove ora è collocata la centrale del 118, che ha tutte le caratteristiche necessarie per funzionare come centrale unica di risposta del 112».

La Regione ha investito 3 milioni di euro, il ministero altri 20 a livello nazionale per l'applicazione in tutta Italia. Verranno assunte 80 persone nella centrale coprirà un territorio pari a 4,5 milioni di persone, e prevede una collaborazione con Umbria e Marche (che hanno una centrale unica) per entrare in funzione in caso di disservizi.

## La vicenda

● Ieri in Prefettura è stato firmato l'accordo tra governo, Regione e Asl per far partire il 112, numero unico delle emergenze, in Toscana

● Per farlo funzionare saranno assunte 80 persone



Il prefetto Laura Lega e il ministro Matteo Salvini



# Celle più umane a Sollicciano (ma tra tre anni)

Nuova caldaia, nuovi infissi e pannelli fotovoltaici: i lavori inizieranno nell'autunno del 2020

«Il tema dei diritti deve occupare i primi posti dell'agenda di ogni amministratore. E sicuramente i detenuti non possono essere cittadini di serie B». Così in Regione è stato spiegato l'accordo che grazie a 4 milioni di euro dai fondi europei porterà a Sollicciano e Gozzini condizioni migliori di vivibilità e più sostenibilità ambientale.

Grazie a quei soldi saranno installati oltre 600 metri quadri di pannelli fotovoltaici, una nuova caldaia e nuovi infissi, così da avere acqua calda senza problemi e meno caldo d'estate, meno freddo d'inverno. Per vedere il via ai lavori si dovrà attendere l'autunno 2020 e gli interventi, complessi per ovvi motivi di sicurezza, termineranno nel 2022, ma ieri tutti erano soddisfatti per l'intesa. E la vicepresidente della Regione Monica Barni, l'assessore alla salute e sociale Stefania Saccardi, l'assessore all'ambiente Federica Fratoni e Cristina Grieco, assessore all'istruzione e formazione hanno presentato le novità per i carceri di Sollicciano e per il «Mario Gozzini», assieme alla direttrice del Gozzini, Antonella Tuoni, presente anche il garante dei detenuti del Comune di Firenze, Eros Cruccolini. «Gli interventi da un lato permettono la riduzione delle emissioni di Co2 e al tempo stesso migliorano il comfort e la vivibilità degli ambienti», ha sottolineato Barni ed il «pacchetto» prevede anche il potenziamento delle biblioteche di Sollicciano e del Gozzini come luoghi di socialità (la Regione finanzia per il 2019 il progetto con 40.000 euro). Mentre si sono appena chiusi due corsi di formazione lavorativa e la Regione ha stanziato 50.000 euro per l'acquisto di libri, da parte dei Centri provinciali per l'istruzione degli adulti a favore dei detenuti delle 18 carceri toscane. «Il grado di civiltà di un Paese viene misurato in base a quello che quel Paese fa per i più deboli. E la Toscana fa molto», ha sottolineato Eros Cruccolini.

**M.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**4**

milioni di **fondi europei** saranno utilizzati grazie all'intesa

**L'investimento**

Potenziare anche le biblioteche del penitenziario e del «Gozzini»

**700**

il numero dei **detenuti** attualmente rinchiusi a Sollicciano

LA PROPOSTA MOZIONE DI MARCHETTI (FORZA ITALIA). I DATI SONO ALLARMANTI

# ‘Dipendenze da videogiochi, Asl in campo’

■ FIRENZE

«**AVVIARE** sin da subito, all'interno dei servizi per le dipendenze che già si occupano di ludopatie, la pianificazione e l'attivazione di percorsi dedicati ai cittadini affetti da 'gaming disorder', rivolgendosi nella definizione dei team specialistici di assistenza e cura con particolare attenzione all'utenza minorenni»: è questo l'impegno che il capogruppo di Forza Italia in Consiglio regionale Maurizio Marchetti chiede alla Giunta toscana con una mozione sulle dipendenze digitali appena protocollata. «L'Organizzazione mondiale della sanità ha riconosciuto il gaming disorder, ovvero la dipendenza dai videogiochi - spiega in una nota Marchetti - come autentica patologia. La rete regionale di SerD, all'interno delle Asl, già comprende percorsi dedicati alle ludopatie, ebbene io dico: iniziamo ad innestare su quel ramo anche un canale per questa specifica patologia, e che sia in particolare pensato per i ragazzi e per le loro famiglie».

La mozione di Marchetti richiama il pronunciamento dell'Oms, ma anche alcuni studi. Con «l'ultimo studio realizzato dall'Associazione Editori Sviluppatori Videogiochi Italiani», si legge nel testo, si scopre che «nel 2018 i videogiocatori in Italia sono stati 16,3 milioni, ovvero il 37% della popolazione. Tra i videogiocatori si rileva massiccia presenza giovanile con il 10% di videogiocatori in età 6-10 anni, il 9% in età 11-14 anni e il 24% in età 15-24 anni».

Poi ci sono i dati toscani dei report zonali 2018 secondo i quali, richiama la mozione Marchetti, «il 26,8% dei ragazzi tra 11 e 17 anni non ritiene di avere un buon livello di socialità e solo il 18,3% di loro frequenta associazioni o gruppi, mentre il 5,2% dichiara di commettere atti di violenza e bullismo a scuola».

Numeri che sicuramente fanno riflettere e che devono richiamare ad uno sforzo per capire, ma anche per intervenire con adeguate specializzazioni mediche e psicologiche al fine di affrontare la questione. Nativi digitali sì, ma non protagonisti di nuove dipendenze.



**TEMPO LIBERO «PRIGIONIERO»**  
Molti giovani hanno la passione dei videogiochi



**INTESA** PROTOCOLLO PER IL NUOVO 112. IL PREFETTO LEGA: «SVOLTA STORICA PER IL TERRITORIO»

# Numero unico di emergenza, centrale al Palagi

**UN INVESTIMENTO** della Regione da 3,5 milioni di euro - oltre a quello complessivo da 20 milioni del ministero dell'Interno -, la capacità di rispondere a 6.500 chiamate al giorno, 80 assunzioni per gestire fino a 14 postazioni contemporanee. Il responsabile del servizio Alessio Lubrani elenca le cifre del nuovo numero unico di emergenza 112, «una sinergia operativa a vantaggio dei cittadini che con questo accordo farà la storia di questo territorio», ha sintetizzato il prefetto Laura Lega. A palazzo Medici Riccardi, a sottoscrivere l'accordo per la centrale unica regionale, erano presenti il ministro dell'Interno Matteo Salvini e l'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi. «Entro il 2020 sarà coinvolto il 70% degli italiani - spiega Salvini - con un vantaggio per tutti i cittadini».

**IN PRATICA** la centrale unica, entro marzo 2020, riceverà tutte le chiamate di emergenza e poi le smisterà a 112, 113, 115, 118. Grazie alla collaborazione con l'Asl Toscana centro, sarà allestita all'ospedale Palagi, con un importante adeguamento tecnologico dell'attuale sala operativa del 118. «Mettiamo in rete tutte le richieste - ha detto Saccardi - ottenendo così una prima scrematura delle richieste e un'immediata localizzazione delle chiamate».

Prevista anche una stretta collaborazione con Marche e Umbria. Nei momenti critici, tecnicamente in caso di *crash*, ognuna delle centrali potrà subentrare per supportare i problemi dell'altra.



L'assessore regionale Stefania Saccardi



**INTESA** PROTOCOLLO PER IL NUOVO 112. IL PREFETTO LEGA: «SVOLTA STORICA PER IL TERRITORIO»

# Numero unico di emergenza, centrale al Palagi

**UN INVESTIMENTO** della Regione da 3,5 milioni di euro - oltre a quello complessivo da 20 milioni del ministero dell'Interno -, la capacità di rispondere a 6.500 chiamate al giorno, 80 assunzioni per gestire fino a 14 postazioni contemporanee. Il responsabile del servizio Alessio Lubrani elenca le cifre del nuovo numero unico di emergenza 112, «una sinergia operativa a vantaggio dei cittadini che con questo accordo farà la storia di questo territorio», ha sintetizzato il prefetto Laura Lega. A palazzo Medici Riccardi, a sottoscrivere l'accordo per la centrale unica regionale, erano presenti il ministro dell'Interno Matteo Salvini e l'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi. «Entro il 2020 sarà coinvolto il 70% degli italiani - spiega Salvini - con un vantaggio per tutti i cittadini».

**IN PRATICA** la centrale unica, entro marzo 2020, riceverà tutte le chiamate di emergenza e poi le smisterà a 112, 113, 115, 118. Grazie alla collaborazione con l'Asl Toscana centro, sarà allestita all'ospedale Palagi, con un importante adeguamento tecnologico dell'attuale sala operativa del 118. «Mettiamo in rete tutte le richieste - ha detto Saccardi - ottenendo così una prima scrematura delle richieste e un'immediata localizzazione delle chiamate».

Prevista anche una stretta collaborazione con Marche e Umbria. Nei momenti critici, tecnicamente in caso di *crash*, ognuna delle centrali potrà subentrare per supportare i problemi dell'altra.



L'assessore regionale Stefania Saccardi



## Ospedali

### E' Irene Piccioni il primo medico non specializzato

Oggi il primo medico non specializzato entrerà in servizio nel primo pronto soccorso dell'area fiorentina presso l'Ospedale San Giovanni di Dio, diretto dal dottor Gianfranco Giannasi. Si chiama Irene Piccioni ed è una dottoressa di 31 anni residente nella Provincia di Roma che ha deciso di investire sulla sua formazione professionale trasferendosi a Firenze per aderire al progetto di formazione-lavoro secondo quanto previsto dalla delibera regionale 590. Ha compiuto i suoi studi presso il Policlinico Umberto I, Università La Sapienza Roma.



## **E' Irene Piccioni il primo medico non specializzato**

**Oggi il primo medico non specializzato entrerà in servizio nel primo pronto soccorso dell'area fiorentina presso l'Ospedale San Giovanni di Dio, diretto dal dottor Gianfranco Giannasi. Si chiama Irene Piccioni ed è una dottoressa di 31 anni residente nella Provincia di Roma che ha deciso di investire sulla sua formazione professionale trasferendosi a Firenze per aderire al progetto di formazione-lavoro secondo quanto previsto dalla delibera regionale 590. Ha compiuto i suoi studi presso il Policlinico Umberto I, Università La Sapienza Roma.**



# 'In Vetta', si è conclusa la prima fase

*Il dg Asl Toscana D'Urso: «Messe a disposizione le migliori risorse di personale»*

## IL NUMERO

**Sono stati 2060 gli abitanti sottoposti a visite e test Ora al via con le analisi**

**ERA IL 2017** quando iniziarono le attività di raccolta dati. Oggi, a distanza di due anni dal lancio del progetto 'In Vetta, Indagine di biomonitoraggio e valutazione epidemiologiche a tutela della salute nei territori dell'Amiata', la fase di raccolta dati si può dire conclusa. Lo studio, coordinato da Ars e nato per approfondire lo stato di salute e i fattori di rischio dei residenti nella zona Amiata grossetana e senese, ha previsto un campione di 2060 abitanti del Monte Amiata, perlopiù residenti nei comuni geotermici.

**IN ATTESA** della seconda fase, quella cioè di analisi dei dati, la prima, come detto, si può dire archiviata e ha compreso la raccolta di un campione di sangue e urine per eseguire analisi di routine (colesterolo, transaminasi, glicemia) e individuare la presenza di metalli pesanti (arsenico, mercurio, cromo, tallio e altri). Inoltre ai partecipanti è stata fatta una visita per misurare la pressione, rilevare peso e altezza e una spirometria per valutare la loro salute respiratoria. Infine è stato loro somministrato un questionario approfondito su abitudini, ambiente di vi-

ta e di lavoro, storia clinica personale e percezione del rischio. Il direttore generale Asl Toscana sud est, Antonio D'Urso, è intervenuto sottolineando la rilevanza di questo studio.

«**SI TRATTA** di un progetto importante per il benessere dei cittadini dei territori considerati – afferma il direttore –, zone montane che hanno un valore indiscutibile dal punto di vista ambientale e paesaggistico e che attirano tanti turisti. L'azienda ha messo a disposizione le migliori risorse di personale per collaborare insieme ad Ars al progetto, sottolineando l'attenzione che viene sempre riservata al tema della prevenzione dei fattori di rischio ambientali che possano nuocere alla salute e al benessere della popolazione».

**IL LAVORO** fin qui svolto ha impegnato numerose risorse della Asl Toscana sud est, tra medici, epidemiologi, infermieri, tecnici di laboratorio, medici di medicina generale, amministrativi e tutti gli operatori che hanno dato il loro contributo per portare a compimento questa prima fase del progetto. Adesso prenderà il via la fase di analisi dei dati, anch'essa voluminosa, che richiederà diversi mesi di lavoro e servirà a mettere in correlazione lo stato di salute che si delinea dalla valutazione dei dati raccolti e i fattori ambientali e sociali, caratteristici della zona geotermica amiatina.

**Nicola Ciuffoletti**



**DIRETTORE Antonio D'Urso** assicura che la Asl ha usato la massima attenzione per la prevenzione dei fattori di rischio ambientali



**SANITA'**



**Chirurgia in 3D  
Due donne operate  
al San Jacopo**

■ A pagina 5

# Laparoscopia ovarica, ora in 3D

*Primi due interventi al San Jacopo con la nuova strumentazione*

**DUE INTERVENTI** per patologie ovariche con chirurgia laparoscopica in tecnologia 3D. E' stata la prima volta per l'ospedale San Jacopo che ha già messo in programma altri tre interventi simili nei prossimi giorni. Rispetto alla bidimensionale, la tecnologia 3D consente al chirurgo di muoversi più rapidamente e con più precisione, permettendogli una migliore percezione della profondità degli organi e dei rapporti tra di loro. All'interno della Asl Toscana centro, oltre al San Jacopo, questa tecnologia è utilizzata anche all'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze.

**A PISTOIA**, il secondo intervento di ieri mattina «pienamente riuscito come il primo», ha avuto una durata complessiva di circa 30 minuti, un tempo ridotto rispetto a quello di un intervento classico. Per le pazienti i vantaggi sono notevoli: ridotta invasività, garanzia di precisione e rapido recupero post operatorio. Entrambe le pazienti operate saranno dimesse già nella giornata di domani. «Oggi è per noi un bellissimo momento, un punto di arrivo del lavoro di questi cinque anni ma soprattutto, un punto di partenza per il futuro», ha commentato Pa-

squale Florio, direttore dell'area di ostetricia e ginecologia dell'Azienda sanitaria che ha condotto entrambi gli interventi chirurgici al San Jacopo (il primo con il collega Giacomo Bruscoli). Durante il secondo intervento, insieme a Florio erano presenti l'assistente Luca Mannini, l'anestesista Simona Bernardi, l'infermiera di sala, Maria De Luca, l'infermiera anestesista Elisabetta Barbieri e la strumentista Laura Boscardin. La tecnologia 4K (con definizione quattro volte superiore al full Hd) che è interna alla nuova colonna laparoscopica tridimensionale, ha offerto al chirurgo, immagini in una risoluzione tale da potergli consentire di visionare al meglio tutta la circolazione linfonoidale. La nuova colonna laparoscopica tridimensionale è a disposizione al San Jacopo per tutte le specialistiche chirurgiche.



Pasquale Florio, direttore ostetricia e ginecologia con un'assistente



# «Accuse infondate contro il Soccorso»

*Il presidente Gabriele Pellegrini: «Dall'Asl ci sono seri controlli sui servizi fatti»*

## LA VICENDA

### In una lettera anonima ipotesi di fatture false per un'ambulanza ferma

«L'ASL Toscana Centro effettua un rigoroso sistema di controllo delle fatture emesse dalle associazioni di volontariato per i servizi di trasporto. Attribuire attività a un'ambulanza che non le ha svolte sarebbe piuttosto difficile. L'accusa sollevata è piuttosto grave e, soprattutto, infondata». Gabriele Pellegrini, presidente della Società di Soccorso Pubblico di Montecatini, respinge le accuse contenute nella lettera anonima inviata a due ex dipendenti dell'organizzazione di volontariato. All'interno della missiva ci sarebbe anche una penna Usb contenente la registrazione di un colloquio tra alcune persone legate all'associazione dove viene sollevata la questione legata alle fatturazioni di un veicolo che, fermo in autofficina e senza assicurazioni, sarebbe stato fatto figurare lo stesso in servizio. I due dipendenti, pochi mesi fa, avrebbero consegnato il materiale ricevuto alla Compagnia della guardia di finanza di Montecatini. In questo momento, le fiamme gialle, in base a varie indiscrezioni, starebbero svolgendo un'indagine per falsa fatturazione e truffa ai danni del Sistema sanitario nazionale. «Tutte le volte che

fatturiamo un servizio all'Asl – prosegue Pellegrini – dobbiamo dimostrare nella maniera più rigorosa possibile l'attività che abbiamo svolto. L'opinione pubblica è molto sensibile a vicende di questo genere e l'anonimo che ha sollevato questo polverone produce senza dubbio un grave danno a noi e a tutto il movimento delle pubbliche assistenze. Siamo pronti a dare mandato ai nostri legali per tutelare l'immagine della Società di Soccorso Pubblico nelle sedi più opportune. Oltretutto, al momento, nessuno di noi è informato su indagini in corso o ha mai ricevuto informazioni di garanzia». Il presidente dell'associazione non esclude che la vicenda sia legata alle polemiche nate nei mesi scorsi, quando, al momento del rinnovo del consiglio di amministrazione, i responsabili uscenti hanno dovuto affrontare la sfida da una cordata contraria. Alla fine il gruppo che sosteneva l'ex presidente Ida Martellini ha vinto e al vertice dell'organizzazione è stato eletto Pellegrini. «Il nuovo consiglio – sottolinea l'attuale presidente dell'associazione – sta lavorando davvero bene, con un efficace spirito unitario e di collaborazione reciproca. Chi si impegna davvero ci mette la faccia, ma purtroppo c'è gente che preferisce nascondersi quando fa certi attacchi».

**Daniele Bernardini**



## DIRITTO ALLA SALUTE



L'assessore con l'Asl  
«Sul 118 non serve  
la guerra tra poveri»

TOMASSONI ■ A pagina 8

# «118, niente guerra tra poveri»

*L'assessore Appolloni interviene sulla polemica per l'ambulanza*

«**LA PRESENZA** del medico a bordo dell'ambulanza è stata per tanti anni la costante del nostro modello. La sperimentazione, durata appena un anno, è invece quella senza il medico a bordo, con il solo infermiere. Dunque torniamo al modello di sempre. Non posso che essere contenta della decisione di Asl», così l'assessore alla salute Francesca Appolloni interviene sulla polemica nata dopo la decisione di Asl di rimettere il medico sulla seconda ambulanza del 118 a Siena. Un anno fa la decisione di demedicalizzare i soccorsi d'emergenza aveva fatto insorgere la comunità; ora invece il ripristino ha lasciato l'amaro in bocca agli infermieri, che si sono sentiti sfiduciati nel loro ruolo.

## Se l'aspettava?

«Era possibile una qualche resistenza degli infermieri. Del resto all'amministrazione locale

interessa prioritariamente la tutela della salute dei cittadini, per cui poi il modello migliore è l'ente tecnico competente a predisporlo. Dunque spetta ad Asl organizzare il servizio e il direttore generale D'Urso si è assunto la responsabilità della decisione, che io non posso che rispettare».

## Cosa ne pensa al riguardo?

«Sono d'accordo con il presidente dell'Ordine dei Medici, Roberto Monaco: quelle di medici e infermieri sono due figure e formazioni diverse e complementari. L'una non esclude l'altra, anzi infermieri e medici integrano la prestazione. Alle due categorie dico 'non cadiamo in una guerra fra poveri'. Ma anzi, sediamoci tutti intorno al tavolo, Asl, medici e infermieri, per contribuire all'unico servizio a difesa della salute del

cittadino».

## Del resto la demedicalizzazione dell'ambulanza un anno fa era stata legata alla mancanza di medici dell'emergenza.

«Ecco, quello che mi preoccupa, da amministratore, è che un modello sia cambiato dalla sera alla mattina. La sanità pubblica deve prevedere quali figure professionali servono sul territorio e formarne in numeri adeguati. Serve una programmazione a lungo periodo: mi riferisco alle scuole di specializzazione evidentemente. Abbiamo il dovere di andare oltre le singole categorie e rimettere al centro della sanità tutta il paziente. Vuol dire guardare dall'alto di cosa il territorio ha bisogno: guardare con occhi d'aquila, da lontano. La questione non è solo nostra: il sistema deve prevedere per tempo le mancanze e muoversi di conseguenza per coprire le lacune».





## Posizioni

### Infermieri

I sindacati hanno denunciato di non essere stati coinvolti e informati dall'Azienda sanitaria

### I medici

«Nessuna confusione di ruoli: le due figure devono lavorare insieme e l'una non può sostituire l'altra»



**SERVIZIO | 18** L'assessore comunale alla sanità Francesca Appolloni

# 'In Vetta', si è conclusa la prima fase

*Il dg Asl Toscana D'Urso: «Messe a disposizione le migliori risorse di personale»*

**ERA IL 2017** quando iniziarono le attività di raccolta dati. Oggi, a distanza di due anni dal lancio del progetto 'In Vetta, Indagine di biomonitoraggio e valutazione epidemiologiche a tutela della salute nei territori dell'Amiata', la fase di raccolta dati si può dire conclusa. Lo studio, coordinato da Ars e nato per approfondire lo stato di salute e i fattori di rischio dei residenti nella zona Amiata grossetana e senese, ha previsto

## IL NUMERO

**Sono stati 2060 gli abitanti sottoposti a visite e test  
Ora al via con le analisi**

un campione di 2060 abitanti del Monte Amiata, perlopiù residenti nei comuni geotermici.

**IN ATTESA** della seconda fase, quella cioè di analisi dei dati, la prima, come detto, si può dire archiviata e ha compreso la raccolta di un campione di sangue e urine per eseguire analisi di routine (colesterolo, transaminasi, glicemia) e individuare la presenza di metalli pesanti (arsenico, mercurio, cromo, tallio e altri). Inoltre ai partecipanti è stata fatta una visita per misurare la pressione, rilevare peso e altezza e una spirometria per valutare la loro salute respiratoria. Infine è stato loro somministrato un questionario approfondito su abitudini, ambiente di vi-

ta e di lavoro, storia clinica personale e percezione del rischio. Il direttore generale Asl Toscana sud est, Antonio D'Urso, è intervenuto sottolineando la rilevanza di questo studio.

«**SI TRATTA** di un progetto importante per il benessere dei cittadini dei territori considerati – afferma il direttore –, zone montane che hanno un valore indiscutibile dal punto di vista ambientale e paesaggistico e che attirano tanti turisti. L'azienda ha messo a disposizione le migliori risorse di personale per collaborare insieme ad Ars al progetto, sottolineando l'attenzione che viene sempre riservata al tema della prevenzione dei fattori di rischio ambientali che possano nuocere alla salute e al benessere della popolazione».

**IL LAVORO** fin qui svolto ha impegnato numerose risorse della Asl Toscana sud est, tra medici, epidemiologi, infermieri, tecnici di laboratorio, medici di medicina generale, amministrativi e tutti gli operatori che hanno dato il loro contributo per portare a compimento questa prima fase del progetto. Adesso prenderà il via la fase di analisi dei dati, anch'essa voluminosa, che richiederà diversi mesi di lavoro e servirà a mettere in correlazione lo stato di salute che si delinea dalla valutazione dei dati raccolti e i fattori ambientali e sociali, caratteristici della zona geotermica amiatina.

**Nicola Ciuffoletti**



**DIRETTORE** Antonio D'Urso assicura che la Asl ha usato la massima attenzione per la prevenzione dei fattori di rischio ambientali



# Pronto soccorso, dai colori ai numeri per ridurre le attese

**Come cambia il triage.** Governo e Regioni pronti a modificare i criteri di urgenza ma per far funzionare il nuovo sistema mancano 2mila medici e 10mila infermieri

**Marzio Bartoloni**  
**Barbara Gobbi**

È la bestia nera di molti ospedali e l'incubo per almeno due milioni di italiani. Tanti sono i pazienti che ogni anno varcano la soglia del Pronto soccorso per cure più o meno urgenti aspettando a volte giornate intere. Ora proprio per arginare le attese infinite il ministero della Salute ha messo a punto una corposa proposta per rivedere l'accesso ai servizi di emergenza degli ospedali che dopo domani potrebbe incassare il via libera delle Regioni.

Tra le misure oltre alla creazione di mini-reparti a fianco al pronto soccorso per i casi più complessi (l'Obi: Osservazione breve intensiva) e la diffusione dei "bed manager" per gestire al meglio i 3mila ricoveri che ogni giorno passano per il pronto soccorso c'è anche un profondo restyling del triage, il sistema che decide la priorità di intervento in base all'urgenza del caso. Si passerà - come anticipato dal Sole 24 Ore del 4 luglio - dal sistema basato sui 4 colori (dal rosso al bianco) a quello su 5 numeri (da 1 a 5), già sperimentato in alcune strutture, con l'introduzione anche dei tempi massimi di attesa che andranno dai 15 ai 240 minuti (i casi più urgenti con il codice 1 prevedono l'accesso immediato). A fianco ai 5 numeri - come chiesto dalle Regioni - ci sarà comunque la possibilità di associare sempre un colore.

I tempi massimi di attesa si spera possano davvero entrare a regime entro 18 mesi come prevede il documento, ma questa mini-rivoluzione rischia

di restare sulla carta se non si metterà mano anche alle profonde carenze che oggi ingolfano il collo di bottiglia tra Pronto soccorso e reparti. Carenze organizzative e di posti letto nei reparti ma anche di personale. «Secondo le nostre stime oggi mancano all'appello circa 2mila medici e c'è il rischio che con Quota 100 si superi questa cifra», afferma il presidente della Società scientifica Simeu Giuseppe Pugliese, a capo del Pronto soccorso del Pertini a Roma. Che spiega: «Le 400 borse di specializzazione conquistate quest'anno sono ancora poche e in ogni caso sforneranno specialisti non prima di un quadriennio. Intanto oggi dal Pronto soccorso i medici fuggono per burnout, aggressioni da parte dei pazienti e mancanza di incentivi economici che compensino il disagio lavorativo».

La situazione non migliorerà nei prossimi anni: l'Anao Assomed, la principale sigla che rappresenta i camici bianchi, ha stimato che da qui al 2025 a causa delle uscite per pensionamenti aumentate con Quota 100 mancheranno oltre 4200 medici d'emergenza-urgenza. Tanto che il sindacato ha messo a punto un piano di riforma centrato su incentivi, corretta previsione del fabbisogno di personale e gestione dei codici minori con il coinvolgimento dei medici di famiglia.

Aspettando che il territorio batta un colpo, protagonisti assoluti del triage sono gli infermieri, cui il nuovo sistema affida non solo l'assegnazione del codice di triage ma anche la rivalutazione del paziente e il suo eventuale inserimento nel percorso

“See&Treat” che porta a una visita specialistica. Il nursing specializzato è insomma un anello fondamentale del Pronto soccorso, ma anche qui la Federazione degli infermieri (Fnopi) stima una carenza di 10mila addetti a fronte di un fabbisogno di almeno 30-35mila triagisti esperti. A gettare acqua sul fuoco è però proprio un infermiere: «Le carenze di personale - afferma Giovanni Becattini, presidente del Comitato infermieri dirigenti della Toscana e coordinatore regionale della formazione sul triage - ci saranno o meno in base a come e quanto le Regioni decideranno di far proprie le novità. I 5 codici consentiranno di differenziare i fabbisogni di figure professionali perché emergeranno chiaramente le problematiche a bassa complessità e quindi la diversificazione dei percorsi-paziente nei casi meno urgenti. È probabile che l'alta specializzazione sia medica che infermieristica possa essere riservata ai codici più gravi, che cumulano il 10% degli accessi».

A chiedere la «piena e uniforme applicazione del documento nelle Regioni» è anche Fabiola Fini, presidente della Fimeuc, la Federazione Italiana Medicina di Emergenza-Urgenza e delle Catastrofi, che ha partecipato con le altre sigle dell'emergenza medica e infermieristica ai lavori del ministero della Salute. Fini accende i riflettori anche sui finanziamenti: «È chiaro che per potenziare gli organici, fare formazione e riorganizzare l'intera gestione dell'emergenza servono soldi. Su questo ci aspettiamo che il ministero batta un colpo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Previsti tempi massimi da 15 a 240 minuti, ma le carenze di personale rendono difficile il loro rispetto**



## I nuovi codici di priorità

Nuova codifica di priorità e tempi di attesa

CODICE Numero e colore	DENOMINAZIONE	TEMPI MASSIMI DI ATTESA
1 <b>CODICE ROSSO</b>	Emergenza	Accesso immediato
2 <b>CODICE ARANCIONE</b>	Urgenza	Accesso entro 15 minuti
3 <b>CODICE AZZURRO</b>	Urgenza differibile	Accesso entro 60 minuti
4 <b>CODICE VERDE</b>	Urgenza minore	Accesso entro 120 minuti
5 <b>CODICE BIANCO</b>	Non urgenza	Accesso entro 240 minuti

## L'Asl Toscana centro

## «Noi già li usiamo, ora vanno ridotti gli accessi»

«L'indicatore che un pronto soccorso funziona bene non è l'aumento degli accessi bensì la sua riduzione». Gianfranco Giannasi Direttore del Dea dell'Asl centro Toscana non ha dubbi. L'obiettivo principale di chi gestisce strutture sottoposte a forti pressioni - si pensi solo alle recenti ondate di caldo - è sì quello di tagliare le attese ma soprattutto quello di non ingolfarsi. Solo nelle 9 strutture della sua Asl - un territorio che va da Prato a Pistoia fino a Firenze - si contano circa 450mila accessi in un anno. E qui da diversi mesi si stanno sperimentando i 5 codici numerici con tempi di attesa massimi: «Da dicembre scorso - spiega Giannasi - è partito come pilota l'ospedale Careggie poi gradualmente lo hanno seguito gli altri. Con il nuovo sistema numerico abbiamo rivisto anche il numero di medici e infermieri da impiegare per ogni paziente legato a un codice. In effetti c'è stata una redistribuzione: circa metà

dei pazienti sono nei primi tre codici, il resto negli ultimi due dove si concentrano gli interventi non urgenti». E per questa ultima metà dei pazienti Giannasi vedrebbe bene una gestione almeno in parte sul territorio: «Se le case della salute fossero attrezzate anche con strumenti diagnostici almeno parte di questi pazienti potrebbe uscire dal pronto soccorso così come molti anziani cronici che potrebbero essere seguita a casa con geriatri e infermieri di famiglia». Ma i nuovi codici numerici hanno ridotto le attese? «Non sempre si riescono a rispettare i tempi». Il problema è la carenza del personale, soprattutto quello medico. «Lavorare in un pronto soccorso non è il massimo tra contenziosi e carichi di lavoro pesanti» avverte Giannasi. Che segnala una delibera recente della Toscana che ha previsto una indennità di pronto soccorso che vale 420 euro lordi al mese. «È un bel segnale, i colleghi sono stati contenti».

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**Gianfranco Giannasi**

È il direttore del Dea (Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione) dell'Asl Toscana centro che comprende Firenze, Empoli, Prato e Pistoia.

**SALVINI E SACCARDI FIRMANO IL PROTOCOLLO IN REGIONE**

# Numero per tutte le emergenze Anche in Toscana il "Nue 112"

FIRENZE. «La firma di questo protocollo è un passo avanti molto importante verso l'attivazione del 112, il numero unico europeo (Nue) per tutte le emergenze. È un percorso iniziato molto tempo fa, e come Regione Toscana abbiamo già fatto un partenariato con Umbria e Marche, per un reciproca sostituzione in caso di problemi. In Toscana il 118 esprime risultati tra i migliori». Lo ha detto l'assessore toscano al diritto alla salute Stefania Saccardi che ieri ha firmato in prefettura di Firenze un protocollo col ministro dell'Interno Matteo Salvini, per l'attuazione anche in Toscana del Nue 112, già partito in alcune regioni. «Il Nue 112 avrà una serie di vantaggi importanti per la cittadinanza - ha aggiunto Saccardi -. Mettiamo in rete quattro numeri: 118, 112, 113, 115, attraverso una centrale unica di risposta che ha sede a Firenze al Palagi (ex Iot), dove ora è collocata la centrale del 118, che ha tutte le caratteristiche necessarie per

funzionare come centrale unica di risposta del 112. Da parte della Regione c'è stato un investimento di 3,5 milioni per l'adeguamento tecnologico. Il sistema consentirà una prima scrematura delle chiamate, che poi saranno indirizzate verso l'intervento utile. Dove il Nue 112 è già stato attuato, ha dato buoni risultati. Qui in Toscana l'attuazione definitiva sarà a marzo 2020, noi abbiamo già adottato tutte le delibere necessarie». Alessio Lubrani, il medico della Asl Toscana centro incaricato dell'organizzazione del 112, spiega una nota, ha ricordato che il nuovo numero «in Toscana servirà un'utenza di 4,5 milioni di persone, rispondendo a circa 6500 chiamate al giorno. La centrale sarà dimensionata per gestire, in caso di necessità, anche le chiamate di Marche e Umbria, e viceversa. Verranno assunte 80 persone, ci saranno 14 postazioni, il servizio ci verrà a costare 75 centesimi ad abitante». —



Matteo Salvini con Stefania Saccardi ieri in Regione



## FESTA DE L'UNITÀ A SANTOMATO

# Bini e Saccardi: la sanità non interessa al governo

PISTOIA. Proseguono gli incontri della Festa comunale de l'Unità di Pistoia a Santomato. Domenica sera hanno preso parte al dibattito la senatrice **Caterina Bini** e l'assessore regionale alla sanità **Stefania Saccardi**.

«Il tema della salute non è più al centro delle priorità del governo - ha attaccato Bini - il nostro compito è garantire, per tutti, una sanità pubblica efficiente, in grado di offrire livelli di assistenza dignitosi». D'accordo l'assessore regionale Stefania Saccardi: «Gli atti principali del governo sono stati il Reddito di cittadinanza e quota 100. Entrambi producono solo spesa pubblica, aumentano il livello dell'assistenzialismo e riducono i servizi. In sanità soffriamo la carenza di medici specialisti: abbiamo proposto di raddoppiare le borse di studio, in modo da offrire più opportunità ai giovani di rimanere nel nostro Paese».



# All'ospedale San Jacopo è arrivata la chirurgia 3D

Dopo cinque anni di lavori primi interventi in laparoscopia tridimensionale  
Pazienti, due donne che grazie alla nuova tecnologia saranno dimesse già oggi

**PISTOIA.** Per la prima volta, ieri mattina, all'ospedale San Jacopo di Pistoia, sono stati realizzati due interventi per patologie ovariche con chirurgia laparoscopica in tecnologia 3D. E altri tre sono già programmati fra due giorni.

Rispetto alla bidimensionale, la tecnologia 3D consente al chirurgo di muoversi più rapidamente e con più precisione, permettendogli una migliore percezione della profondità degli organi e dei rapporti tra di loro. All'interno dell'Asl Toscana centro, oltre al San Jacopo, questa tecnologia è utilizzata anche all'ospedale Santa Maria Nuova di Firenze.

A Pistoia, il secondo intervento di ieri mattina, anch'esso pienamente riuscito come il primo, ha avuto una durata complessiva di circa 30 minuti, un tempo ridotto rispetto a quello di un intervento classico. Per le pazienti i vantaggi sono notevoli: ridotta invasività, garanzia di precisione e rapido recupero post operatorio. Entrambe le pazienti operate saranno dimesse già nella giornata di oggi.

«È per noi un bellissimo momento, un punto di arrivo del lavoro di questi cinque anni, ma soprattutto un punto di partenza per il futuro – ha commentato **Pasquale Florio**, di-

rettore dell'area di ostetricia e ginecologia dell'azienda sanitaria, che ieri mattina ha condotto entrambi gli interventi chirurgici al San Jacopo (il primo con il collega **Giacomo Bruscoli**). Durante il secondo intervento, insieme a Florio erano presenti l'assistente **Luca Mannini**, l'anestesista **Simona Bernardi**, l'infermiera di sala **Maria De Luca**, l'infermiera anestesista **Elisabetta Barbieri** e la strumentista **Laura Boscardin**.

La tecnologia 4K (con definizione quattro volte superiore al full HD) che è interna alla nuova colonna laparoscopica tridimensionale, ha offerto al chirurgo immagini in una risoluzione tale da consentirgli di visionare al meglio tutta la circolazione linfonodale. La nuova strumentazione è stata collocata nella sala chirurgica programmata ieri per gli interventi di ginecologia, una sala multimediale che è già altamente informatizzata con schermi e telecamere ambientali che consentono video conferenze in videostreaming e videorouting per operare insieme ad altri medici nel mondo.

La nuova colonna laparoscopica tridimensionale è naturalmente a disposizione al San Jacopo per tutte le specialistiche chirurgiche.

Per quanto riguarda la ginecologia, si stima che con questa tecnologia saranno effettuati tra i sei e gli otto interventi a settimana. La tecnologia 3D in laparoscopia è particolarmente apprezzata negli interventi di endometriosi profonda – per la maggiore efficacia e la possibilità di rispettare le strutture sane – e di oncologia ginecologica, come nel caso del tumore dell'utero e del collo dell'utero. Infatti, la tecnologia a disposizione a Pistoia per questo tipo di interventi, offre anche la possibilità di utilizzo della metodica del verde indocianina, un colorante speciale che attraverso iniezioni nei tessuti permette di individuare le stazioni linfonodali “sentinella” in maniera molto precisa, anche in questo caso garantendo la massima efficacia in termini di asportazione della malattia neoplastica, con il minimo impatto clinico possibile sulla salute della donna.

L'esperienza di ieri al San Jacopo è un esempio di “medicina di precisione”, cioè quel tipo di approccio al paziente che ne personalizza il percorso ed il trattamento, e che ha ricevuto un nuovo contributo grazie alla tecnologia 3D. —





Nella foto grande, un momento di uno degli interventi chirurgici eseguiti all'ospedale San Jacopo: si vede tutta l'equipe al lavoro. Nelle due foto piccole: in alto, un momento della preparazione dell'intervento; in basso, un particolare del chirurgo al lavoro con i suoi strumenti, mentre sullo schermo appaiono le immagini dell'intervento chirurgico

AL QUIRINALE

## Paolo Montalto con Aigo ricevuto da Mattarella

MONTECATINI. C'era anche **Paolo Montalto**, gastroenterologo dirigente ospedaliero della Asl di Pistoia e Pescia, ieri mattina al Quirinale dal Presidente della Repubblica, **Sergio Mattarella**, che ha ricevuto una delegazione dell'Associazione gastroenterologi e endoscopisti digestivi ospedalieri (Aigo). Il gruppo era guidato dal presidente, **Giuseppe Milazzo**, e dal Presidente eletto, **Fabio Monica**.

Proprio nei giorni scorsi al Grand Hotel & La Pace si è tenuto un convegno della Aigo. Due giorni di congresso che hanno avuto come momento clou il concerto del pianista di fama internazionale **David Helfgott**, amico intimo di Montalto.

L'Aigo è molto attiva sul fronte della ricerca e investe anche in borse di studio per finanziare gli studi di giovani ricercatori. —

G.L.P.



# La ricercatrice e la youtuber «Ragazzi, non fumate»

di MARGHERITA DE BAC <sup>2</sup>

## «Fumare dà il cancro» «E non è neanche figo»

Marina Chiara Garassino è una scienziata e oncologa dell'Airc  
Sofia Viscardi è una giovane youtuber con migliaia di follower

Lingue diverse per sensibilizzare i giovani contro il tumore

**Mia mamma è morta quando avevo nove anni, per questo oggi vieto la sigaretta alle mie figlie: stare fermi mentre i nostri giovani fumano è come essere testimoni di un omicidio**  
*Marina Chiara Garassino*

di MARGHERITA DE BAC

Cosa fanno insieme una brillante ricercatrice e una intraprendente youtuber con centinaia di migliaia di follower? Appartenendo a mondi e generazioni diverse nessuno avrebbe scommesso che sarebbero diventate una coppia di successo. Marina Chiara Garassino è una scienziata dell'Airc sulle tracce di uno dei tumori più detestabili, quello ai polmoni. Sofia Viscardi ha vent'anni, è una influencer e si è creata una sua popolarità nei social tra i ragazzi che mettono i like su Youtube e Instagram. Le loro strade si sono incrociate quando hanno scoperto che percorsi diversi potevano convergere su un identico obiettivo. Così Garassino, da mamma di figli in età di «iniziazione», vuole trasmettere alle giovani generazioni un messaggio

scientifico senza equivoci: il fumo fa male e chi fuma ha un'alta probabilità di sviluppare il cancro. Mentre Sofia, pensando ai suoi follower, preferisce partire da un'immagine forse più convincente per chi a 20 anni si sente spesso invincibile e più o meno impermeabile rispetto alla parola cancro. Meglio altro: «Fumare non è figo».

Airc ha capito quanto sia importante parlare la stessa lingua di chi si vuole raggiungere ed ecco nascere la strana coppia. Le campagne di sensibilizzazione tradizionali non hanno funzionato. Bisognava pensare a qualcosa di inedito. Garassino lavora presso il dipartimento di oncologia medica della Fondazione Iress, Istituto nazionale dei tumori di Milano. È proprio qui che voleva arrivare, motivata da una

storia personale che fin da bambina ha condizionato le sue scelte: «Sa perché io non ho mai fumato? Mia mamma è morta di cancro quando avevo 9 anni, mio papà se ne è andato a 49 per un infarto. Nel pieno della carriera. Fumava, non si nascondeva, ma allora non c'era la consapevolezza di oggi. Lei capisce cosa può succedere quando da ragazzini si vivono questi traumi. Alle mie figlie ho vietato di inizia-



re, su questo non si transige. Sono diventata matta quando ho saputo che a 15 anni avevano acceso una sigaretta. Per farle smettere non ho alzato la voce, niente rimproveri né minacce. Con calma, ogni giorno, ho spiegato loro cosa significa prendere quella roba lì. E non mi fermo. Per casa passano tanti amici e ne approfitto per convincerli che non vale la pena rovinarsi la vita. Restare fermi a guardare i nostri figli che fumano è come essere testimoni di un omicidio. Li stiamo condannando. Servono campagne serie, dirette, a tappeto. Negli Stati Uniti ci hanno saputo fare. Gli americani considerano volgare il fumo tanto che per la prima volta hanno visto calare l'incidenza della malattia nei maschi. Ed è su questo punto che dobbiamo insistere. Se fumi sei out. Sofia direbbe se fumi non sei figo».

Da noi il cancro al polmone si sta esprimendo tragicamente sulla popolazione femminile che ha iniziato negli anni 70, l'era della contestazione. Donne che oltretutto hanno un modo di fumare più pericoloso: sigarette lunghe e strette che richiedono una aspirazione più profonda, e la diversa modalità ha delocalizzato il tumore

che si forma nella parte periferica del polmone anziché in quella centrale. Le ragazze devono sapere anche questo. I fumatori hanno una probabilità su 150 di sviluppare il cancro al polmone, è matematico: in Italia 42mila nuovi casi all'anno. Non c'è una dose al di sopra della quale presumere che il pericolo sia superiore e neppure l'età è indicativa. Si sa solo che più alto è il consumo maggiore è l'esposizione. Smettere dà benefici immediati: a breve termine ci sono gli effetti sulla respirazione e sull'apparato cardiocircolatorio.

### Alibi

Garassino smonta uno per uno gli alibi soliti: «Non c'è un momento in cui non abbia senso dire basta. Oggi metà dei pazienti con tumore polmonare guarisce e in tutti i casi la sopravvivenza è aumentata. La qualità della vita dei malati è migliore grazie alla ridotta tossicità dei farmaci. Fino a 5-6 anni fa si moriva, io sono fortunata perché sto vivendo una fase di grandi speranze e prospettive». Perché si ammala anche chi non ha mai fumato? Qui entrano in gioco genetica e fattori ambientali. Un nuovo indagato fra i cancerogeni è il radon, derivato dall'uranio.

Prima di aderire al progetto Airc Sofia

e le altre influencer arruolate dall'associazione (Camilla Boniardi, Chiara Galiazzo, Alice Venturi, le K4U) sono state istruite dai ricercatori dell'associazione affinché si compenetrassero nei messaggi da divulgare. «Il tema del fumo - dice Sofia - non fa presa. I giovani sono molto sensibilizzati sui problemi dell'ambiente, molto meno sui rischi legati a fumo e alcol. Le informazioni trovate su internet anche se non hanno una presa immediata vengono incamerate». Ammette di aver fumato anche lei in adolescenza «per curiosità e per provare cose proibite. Ma ora sono felice di poter contribuire a questa causa. E sono ottimista. Avremo risultati. Bella soddisfazione per una che ha cominciato per gioco a raccontare le sue esperienze su Youtube ancora poco conosciuto. Dopo aver finito il liceo ho pensato di continuare e trasformare un hobby in un progetto ambizioso. Mi vedevo giovane imprenditrice. E ora posso essere utile alle cause importanti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### Su web e social



La campagna ha coinvolto anche altre ragazze: Chiara Galiazzo, Camilla Boniardi (Camihawke), Alice Venturi e le K4U



**I ragazzi sono sensibili all'ambiente ma non sui rischi legati a fumo e alcol**  
Sofia Viscardi

**42000**

Sono i nuovi casi di tumore al polmone, di vario tipo, che vengono diagnosticati ogni anno in Italia

**50%**

È oggi la percentuale di guarigione tra i malati di tumore ai polmoni. Ed è una percentuale in crescita. Chi fuma continua ad avere una probabilità di ammalarsi su 150



**Fondazione Airc**  
La Fondazione Airc per la Ricerca sul Cancro è un ente privato senza fini di lucro nato nel

1965 grazie all'iniziativa di alcuni ricercatori dell'Istituto dei tumori di Milano, fra cui allora il professor Umberto Veronesi e il professor Giuseppe Della Porta. Partita come Associazione, ha cambiato quest'anno

la propria forma giuridica in Fondazione. Attualmente è organizzata in 17 comitati regionali e può contare sull'impegno attivo di 20mila volontari oltre che sull'aiuto di 4,5 milioni di sostenitori. La Fondazione

raccoglie fondi e finanzia progetti di ricerca anche attraverso eventi divenuti ormai famosi quali «Le Arance della Salute» e «L'Azalea della Ricerca». Assegna borse di studio a giovani ricercatori e svolge opera informativa sui progressi compiuti.  
[www.airc.it](http://www.airc.it)



## L'altra impresa

### «Più forti di tutto» Padova contro i tumori

di **FRANCESCA VISENTIN**

13

## Sana sanità

Si chiama medulloblastoma il tumore al cervello che colpisce i bambini e pare resistere a ogni terapia  
Un team di ricerca finanziato dalla Fondazione Just Italia studia una cura con il progetto «Più forti di tutto»

# «Sconfiggeremo il male invincibile»



**Dobbiamo trovare farmaci che funzionino contro il medulloblastoma ma che siano poco tossici. E bisogna capire perché questo tipo di cancro non risponde ai trattamenti**

*Giampietro Viola*

di **FRANCESCA VISENTIN**

**M**atteo, due anni, quel sabato mattina aveva un occhio un po' chiuso. Ma giocava vivace come al solito. La nonna preoccupata preferì portarlo al Pronto Soccorso. Matteo dai controlli sembrava in perfetta salute. Così avevano detto. L'ostinazione della nonna però convinse i medici a fare una Tac. Da lì, l'inferno.

Matteo aveva un tumore al cervello, il medulloblastoma, uno dei più aggressivi. Di quelli che quando li toglie tornano più letali di prima. Operato d'urgenza, poi la chemio. Tre mesi dopo, un forte mal di testa. Il cancro c'era di nuovo, con metastasi ovunque. Matteo è morto a tre anni. Nes-

suna terapia ha funzionato. Per riuscire a salvare tanti bambini come Matteo l'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza di Padova è in prima linea con il progetto «Più Forti di Tutto» nella ricerca sul medulloblastoma, il tumore cerebrale che colpisce soprattutto i piccoli, da 0 a 5 anni.

### Avanguardia

Un cancro che sembra invincibile. Anche se tolto completamente, nel 70 per cento dei casi torna. Chemio e radio sembrano poco efficaci. Quando funzionano ed evitano la recidiva rischiano di lasciare in bambini molto piccoli danni permanenti, come ritardi cognitivi, sordità o cecità. Con un finanziamento di circa 400mila euro della Fondazione Just Italia la Città della Speranza ha avviato un team e una ricerca all'avanguardia. Che promette risultati entro tre anni.

Obiettivo? «Trovare farmaci che funzionino contro il medulloblastoma - spiega il professor Giampietro

Viola, farmacologo a capo del team dell'Istituto di Ricerca Pediatrica - ma che siano poco tossici per i bimbi. E bisogna capire i meccanismi che portano questo terribile cancro a resistere alle cure attuali: quali sono i meccanismi molecolari che portano le cellule cancerogene a resistere ai farmaci? Ci stiamo concentrando su questo, per arrivare a nuovi approcci terapeutici».

Della squadra di ricercatori, tutti under 40 a parte il professor Viola, fanno parte Roberta Bortolozzi, Elena Mariotto, Luca Persano, Elena Rampazzo e il giovanissimo Fatlum Rruga, 27 anni, che lavora con il resto del gruppo dalla George Mason University negli Stati Uniti, inviato lì dalla Città della Speranza di Padova per approfondire i nuovi studi al Centro di Medicina Molecolare e Proteomica.



La Fondazione Città della Speranza di Padova nel 2012 ha realizzato l'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza, oggi il più grande centro Europeo, che su una torre di dieci piani e 17.500 metri quadrati schiera 26 gruppi di lavoro e 300 ricercatori.

## Fianco a fianco

«Saremo a fianco dei ricercatori per individuare cure più efficaci e meno tossiche per i bambini ammalati di cancro al cervello», sottolinea Marco Salvatori, presidente di Fondazione Just Italia, la onlus creata dall'omonima azienda di Grezzana (Verona) che distribuisce cosmetici svizzeri tramite party a domicilio. Da dieci anni la Fondazione Just Italia finanzia la ricerca e si è occupata di progetti sulla leucemia linfoblastica, l'autismo, l'osteosarcoma e molti altri, con oltre 4,4 milioni di euro. «Nonostante i progressi degli ultimi anni, la cura del medulloblastoma è ancora difficile - fa sapere il professor Viola - perché è un cancro caratterizzato da cellule molto resistenti alle terapie. È urgente dunque trovare nuove strategie terapeutiche per ridurre la tossicità dei farmaci e le recidive del tumore. Il nostro obiettivo sarà raggiunto quando, entro tre anni, riusciremo a scoprire le cause della resistenza alle cure». Stefania Fochesato è la zia del piccolo Matteo, dopo la tragedia della sua morte ha deciso di impegnarsi per la ricerca sui tumori pediatrici. Oggi è Past President della Fondazione Città della Speranza di Padova.

«Facendo squadra - evidenzia - si può arrivare davvero a essere Più Forti di Tutto come dice il nome del nostro progetto. Vorrei che la morte di Matteo non sia inutile. Ma che diventi un percorso verso la sconfitta di questo tumore cerebrale, per dare un'opportunità a tanti altri piccoli ammalati. Tutti i bambini dovrebbero poter diventare adulti, la ricerca è l'unica possibilità per garantire un futuro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



### L'Istituto di ricerca

L'Istituto di Ricerca Pediatrica Città della Speranza è nato nel 2012 e ospita circa 400 ricercatori  
[cittadellasperanza.org](http://cittadellasperanza.org)



### La Fondazione

Fondazione Just Italia nasce nel 2008 e traduce in progetti i valori dell'Azienda e la sua attenzione ai temi sociali e ambientali: l'omonima Fondazione viene costituita per esprimere concretamente la volontà di Just Italia di promuovere una cultura della responsabilità individuale, collettiva e d'impresa nei confronti di tutta la società. La Fondazione è lo strumento che mette in relazione organizzazioni non profit, incaricati di Just Italia, ricercatori e operatori sociali.

## ► I CONFINI DELL'ETICA

# I vescovi cattolici chiedono che Tafida non resti ostaggio della sanità inglese

John Sherrington, presule responsabile sui temi della vita di Inghilterra e Galles, preme per mandare la bimba al Gaslini

*I medici britannici non vogliono spendere per tenerla in vita e nemmeno trasferirla*

*Per gli esperti italiani non esistono prove che sia sopraggiunta la morte cerebrale*

di **CATERINA BELLONI**

■ Serve collaborazione internazionale per il caso di **Tafida Raqeeb**, la bambina inglese di 5 anni che si trova in coma da febbraio al Royal London hospital e a cui i medici vorrebbero sospendere la ventilazione artificiale. A sostenerlo è il vescovo **John Sherrington**, responsabile delle tematiche della vita per la Conferenza dei vescovi cattolici di Inghilterra e Galles.

Commentando la tragica malattia della bimba e il dramma in cui si dibattono i genitori, che non accettano l'idea dei medici di togliere il respiratore e hanno chiesto aiuto alla giustizia, l'alto prelato ha fatto appello alla coscienza di tutti, non solo del popolo inglese. «Questa situazione tragica commuove chiunque ne venga a conoscenza», ha detto, «e spero che spinga anche tutti a pregare, come faccio in prima persona. La mia preghiera è che la piccola Tafida e i suoi genitori trovino la forza nella presenza di Dio, nella sua mi-

sericordia e nel sostegno di coloro che li conoscono e li amano. Il dilemma di fronte al quale tutti ci troviamo - e non solo i genitori della piccola malata - è davvero difficile. Spero che si dia tutto il peso necessario ai desideri dei genitori di Tafida, pure nel rispetto del giudizio dei dottori», ha aggiunto il vescovo **Sherrington** con una presa di posizione forte. «Voglio credere che ai medici dell'ospedale Gaslini di Genova verranno dati il tempo e l'opportunità di approfondire la loro conoscenza della situazione clinica della bambina, parlando con i colleghi di Londra. Questa collaborazione internazionale mi sembra una procedura assolutamente fondamentale, nel caso di situazioni di questo genere, quando si tratta di vite in bilico». Come sarebbe dovuto accadere con **Charlie Gard** e con **Alfie Evans**, insomma, altri piccoli pazienti che invece non sono mai potuti partire.

Dunque, la Chiesa cattolica inglese applaude alla disponibilità mostrata dal centro specializzato ligure, che si è detto pronto ad accogliere Tafida e a continuare a tener-

la sotto controllo e monitorarla. Gli esperti italiani sembrano inclini a pensare che, nonostante la gravità, potrebbero esserci margini di miglioramento per la bambina, visto che non esistono prove che ci sia la morte cerebrale. Il punto chiave in cui la posizione dei dottori britannici e italiani si allontana è proprio questo, come accade anche per ospedale e famiglia. Per i dottori inglesi non ci sono speranze: Tafida non si riprenderà, dunque continuare a tenere il ventilatore acceso significa solo accanirsi e prolungare la sua sofferenza. Per i suoi genitori, **Mohammed Raqeeb**, costruttore edile di 45 anni, e **Shelina Begum**, avvocato di 39 anni, la piccola ha mostrato segni di ripresa ed è solo una questione di pazienza. Basterebbe trasferire altrove la bambina. La famiglia di Tafida lo ha chiesto da tempo, ma il Royal London hospital non lo permette. Tanto che quando si è rivolto al giudice per chiedere il permesso di spostare la piccola in Italia contro il parere degli specialisti, l'avvocato dei genitori ha sot-



tolineato come la paziente sia trattenuta contro la loro volontà. Quasi un «ostaggio» di un sistema sanitario che non intende spendere per tenerla in vita e nemmeno vuole lasciarla andare altrove, forse sempre per il timore dei costi che la cura all'estero potrebbe avere. «È trattenuta in ospedale contro la volontà dei suoi genitori, che al momento sono gli unici ad avere diritto legale di prendere decisioni per lei - ha tuonato nei giorni scorsi di fronte al giudice l'avvocato Jason Coppel, che rappresenta i Raqeeb - . Sono giorni che chiediamo il trasferimento e invece la piccola non si può spostare».

L'ospedale Gaslini ha detto che la accoglierebbe volentieri e i genitori pagherebbero le spese per il viaggio; poi i medici italiani potrebbero riesaminare il caso, che hanno già approfondito in videoconferenza nei giorni scorsi. E cercare delle soluzioni. Una speranza per i genitori della bimba, che il 9 febbraio di primo mattino è stata vittima di una crisi respiratoria e di un attacco di cuore. Fino ad allora era allegra e felice, come dimostra un video pubblicato in questi giorni dal sito di un tabloid inglese, che la mostra mentre tutta elegante nel giorno del suo compleanno, in piedi di fronte a una casa delle bambole alta quanto lei. «Sei felice?», le chiede la mamma. «Sì», risponde la piccola, imbarazzata forse dalla ripresa ufficiale. Dondola i piedi, sbocconcella patatine al formaggio, sorride timidamente. Una scena normale, di una famiglia come tante. Fino a quella tragica mattina, al malore, all'operazione. E poi al ricovero in ospedale, che sembrava l'approdo verso la salvezza e adesso si sta trasformando in una specie di prigionia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I PRECEDENTI

### CHARLIE

Sono stati i giudici a decretare la sorte di Charlie Gard, 11 mesi, affetto dalla sindrome mitocondriale degenerativa, che si è spento nel luglio 2017. A lui non è stato concesso neppure di morire a casa. La decisione era stata presa al termine di una lunga battaglia legale fra l'ospedale dove era ricoverato, il Great Ormond Street hospital, e i genitori, dopo il fallito tentativo di trasferirlo negli Usa per una terapia sperimentale. Ma l'Alta corte ha ordinato il trasferimento in un hospice dove, in mancanza della respirazione artificiale, ha resistito 12 minuti.

### ALFIE

E sono stati i medici e i giudici britannici a decidere la morte di Alfie Evans, nell'aprile 2018, contro la volontà di mamma Kate e papà Tom, che hanno lottato per portare via dall'Alder Hey children's hospital di Liverpool il piccolo - colpito da una patologia neurodegenerativa - al quale l'Italia aveva concesso la cittadinanza per consentire il trasferimento all'ospedale Bambino Gesù che aveva dato la disponibilità ad accoglierlo. Non aveva ancora compiuto due anni Alfie quando se n'è andato tra le braccia dei genitori con un ultimo respiro nella notte, dopo aver strappato altri 4 giorni alla vita con la ventilazione assistita ormai staccata.

## L'AUTONOMIA DELLA DISCORDIA/LA PROPOSTA

# Se proprio volete usare la spesa storica fate la media degli ultimi dieci anni

di **ADRIANO GIANNOLA**

**S**i era persa memoria che non si erano ancora determinati i mitici LEP commisurati ai Costi Standard previsti dalla legge 42 del 2009 in materia di federa-

lismo fiscale attuativa dell'articolo 119 della Costituzione, nonostante l'impegno di numerose Commissioni.

a pagina IV

### LA PROPOSTA

# SE DOVETE USARE LA SPESA STORICA CHE SIA QUELLA DI LUNGO PERIODO

## *In attesa dei fabbisogni standard serve una distribuzione più equa delle risorse*

*Una ripartizione centrata sul valore medio nazionale consentirebbe di correggere gli squilibri che danneggiano il Mezzogiorno*

di **ADRIANO GIANNOLA**

**S**i era quasi persa memoria che non si erano ancora determinati i mitici LEP commisurati ai Costi Standard previsti dalla legge 42 del 2009 in materia di federalismo fiscale attuativa dell'articolo 119 della Costituzione, nonostante l'impegno di numerose Commissioni e Gruppi di Lavoro.

È merito di chi ha voluto veder chiaro sulle trattative segrete tra regioni e governo sull'autonomia rafforzata, se è ormai assolutamente chiaro che le intese siano condizionate al rispetto di regole violate da oltre 10 in tema di LEP e costi standard.

È anche evidente che gli "autonomisti a geometria variabile" rifiutano nettamente questa priorità perché essa imporrebbe una redistribuzione perequativa a favore delle regioni meridionali. Ecco il motivo di tanta fretta, di tanto nervosismo, dei toni sempre più alti e concitati usati da "governatori" che vedono tramutarsi le radiose pro-

spettive di una vittoriosa guerra lampo in una rischiosa guerra di logoramento.

#### **PICCOLE PATRIE**

Se e come si arriverà ad una intesa sarà il faticoso momento della verità. Il momento nel quale si comprenderà se prevale la deriva disgregatrice delle piccole patrie del Nord; un'ipotesi che non può lasciare indifferenti le altre regioni, non fosse altro che per legittima difesa.

Pro-memoria, va quindi ribadito -dandone se necessario notizia agli ignari o distratti 5 stelle- che il tanto citato articolo 116 terzo comma tre non vive in splendida solitudine: esso impone di rispettare l'articolo 119 e -quindi- del 117 della Costituzione nonché della 42/2009 nota come legge Calderoli.

L'operazione verità ha documentato, mettendo i numeri dietro ai fatti, quale sia il prezzo pagato da ben precisi terri-

tori alle comode inerzia attuativa sia tecnica ma soprattutto politica. Grazie alla pervicace, voluta riluttanza ad applicare la legge, nelle more -come si usa dire- ci si è affidati ad una attribuzione di risorse che ben presto, con il nome di spesa storica, è diventata la prassi, incostituzionale e illegale.

In virtù del principio che in Italia non c'è nulla di più definitivo del provvisorio oggi si è ancora in regime di spesa storica e le bozze di intesa, anziché dare priorità ai LEP e costi standard, mettono volutamente il carro davanti ai buoi ripro-



ponendo, sempre nelle more, di iniziare la "nuova era" all'insegna della cara, vecchia spesa storica.

Certo il passaggio dalla spesa storica al finanziamento basato su parametri oggettivi di fabbisogno e di costo è complesso tecnicamente, ma -soprattutto- pone l'esigenza di riconciliare interessi spesso divergenti delle parti coinvolte. Il che spiega l'adagiarsi nell'inerzia accuratamente coltivata da chi è ben consapevole di fruire di consistenti e positive rendite dallo status quo rispetto a quanto evidenziato nelle simulazioni (che pur ci sono state). La cara spesa storica, ha favorito lautamente regioni che si reputano legittimate a godere di privilegi vantando astronomici crediti (i cosiddetti "residui fiscali") considerati doni tutt'altro che spontanei elargiti alle regioni deboli. Doni, esse lamentano, estorti loro dall'erario (Roma ladrona) e dei quali reclamano la restituzione.

L'"operazione verità" ne ha già chiarito l'inconsistenza in punto di diritto oltre che di fatto. E infatti la pretesa dei "regionalisti a geometria variabile" di parametrare il finanziamento dei fabbisogni standard alle capacità fiscali del territorio (sciaguratamente accolta nelle preintese siglate dal governo Gentiloni) è stata rapidamente silurata ed affondata.

Falliti altri escamotage per garantirsi comunque ulteriori extrarrendite, il fronte Lombardo-veneto-emiliano-romagnolo è ormai arroccato sulla richiesta di "provvisoria" prosecuzione del criterio della spesa storica. Siamo cioè arrivati ad una soluzione per default del tutto inaccettabile che cristallizza e legittima una situazione del tutto contraria alle norme vigenti. Risulta ora più che mai evidente che questa soluzione è una scelta squisitamente politica tesa ad eludere le ovvie ma scomode perequazioni che la definizione dei LEP imporrebbe. Un dato che balza subito in evidenza dai dati forniti sia dai Conti Pubblici Territoriali che dalla Ragioneria Generale dello Stato (anche in questo caso ben illustrata dall'"operazione verità"). La Tabella a pagina 2 non ha bisogno di commenti.

#### **INUMERI**

La Tabella mette crudamente a nudo l'intensità del processo estrattivo (svariate decine di mi-

liardi all'anno) attuato dalle virtuose regioni settentrionali a danno del Mezzogiorno. È interessante notare che i risultati sono ancor più gravi a danno del Sud quando nella spesa regionalizzata della PA si tiene conto della regionalizzazione della spesa per interessi, a lungo rifiutata e che ora (si veda anche la posizione in materia dell'Ufficio Parlamentare di Bilancio) viene finalmente sdoganata. Gli interessi che vengono regionalizzati dai CPT fanno soprattutto riferimento al servizio reso ai titolari di debito pubblico. Questa, è una componente di spesa pubblica italiana tra le più rilevanti e dinamiche che va a favore dei detentori del debito sia esteri (circa un 30%) e di quelli residenti che sono soprattutto banche, istituzioni finanziarie, imprese e famiglie (per una quota attorno al 70%) del Centro-Nord.

Non è ancora ben metabolizzato dai vocanti "governatori" un noto teorema per il quale gli interessi corrisposti ai residenti privati sul debito detenuto altro non sono che una restituzione di imposte. La dimensione del fenomeno è tale che il tema dei "residui fiscali" e del connesso "diritto alla restituzione" inconsistente in linea di principio, diviene irrilevante anche dal punto di vista contabile. Il "residuo fiscale" contabile rivendicato dalla mitica Lombardia da 40-50 scende a 18-22 miliardi e quelli del Veneto ed Emilia Romagna a meno di 4-5 miliardi. Un dato da raffrontare con la dimensione in miliardi di euro della redistribuzione estrattiva annua evidenziata in Tabella.

Empiricamente nel definire la spesa storica i vincoli di bilancio hanno imposto di orientarsi verso la determinazione di livelli minimi delle prestazioni, intesi come quelli che il sistema pubblico riesce a garantire in presenza di una dotazione di risorse limitata (modello top down), piuttosto che della determinazione di livelli essenziali di prestazione commisurati alla piena realizzazione di obiettivi di benessere e di equità sociale (modello bottom up).

Fino a che la determinazione delle risorse è un vincolo esogeno, il problema di determinazione di un fabbisogno standard si riduce al problema di ripartire equamente tra le Regioni risorse esogenamente predeterminate in misura tale da evitare l'insorgere di disavanzi di gestione. Le risorse disponibili garantiscono dei Livelli essenziali di assistenza più che di prestazioni

(LEA come second best rispetto ai LEP).

#### **UN CRITERIO INIQUO**

I dati CPT mostrano eloquentemente che il criterio della spesa storica fin qui invalso ed ora riproposto è risultato tutt'altro che equo ed efficiente. Via spesa storica si è determinata la sistematica penalizzazione di un ben preciso ambito territoriale: il Sud.

Continuare, in attesa dei LEP, ad applicare un criterio iniquo e che ha l'alta probabilità di divenire definitivo, è inaccettabile. La buona educazione istituzionale imporrebbe al Governo di frenare gli "autonomisti" condizionandoli a LEP e costi standard. Se poi il problema è di risponderne all'ansia reputazionale agitando lo scalpito dell'autonomia rafforzata, altri metodi vanno proposti, ognuno dei quali impone significativi costi a chi ha fretta di mettere il carro davanti ai buoi.

Per individuare un percorso di transizione accettabile che individui un metodo provvisorio di assegnazione delle risorse con caratteri e garanzie tali da incentivare a procedere spediti alla sua sostituzione non ci vuole molta fantasia.

Il più semplice, paradossalmente, è quello di cambiare radicalmente prospettiva e mettere a frutto in modo appropriato proprio la lunga esperienza della "spesa storica" consapevoli che nell'impossibilità di praticare lo schema bottom up fino a che sarà indispensabile rispettare vincoli di bilancio, il tema vero è di ripartire un ammontare di risorse date secondo lo schema top down.

In assenza del costo standard, la spesa storica pro capite, nazionale e di lungo periodo, può costituire un essenziale supporto a realizzare una equilibrata allocazione delle risorse.

Le informazioni rese disponibili dai Conti Pubblici Territoriali consentono infatti di ricostruire serie temporali adeguatamente lunghe e con un grado di dettaglio talmente spinto da rappresentare una proxy affidabile dei costi da sostenere per i LEA nella misura che il vincolo di bilancio consente di finanziare.

Proprio dall'insieme di informazioni che la spesa storica nazionale di lungo periodo fornisce si ha piena e robusta conferma per le singole regioni che la spesa pro capite nel Mezzogiorno, sia totale che in conto capitale, per i principali servizi pubblici e per tutti i livelli di governo, è stata storicamente significativamente più bassa che nel Centro Nord a causa dei minori finanziamenti costantemente e puntualmente documentati nei Rapporti

annuali CPT (altro tassello essenziale dell'operazione verità").

### IL PERCORSO

Applicare come criterio di ripartizione una spesa pubblica pro-capite del Paese nel lungo periodo rappresenta la più attendibile proxy disponibile del Costo standard per i LEA erogabili sia a livello nazionale che -disaggregati- a livello regionale. Al contempo sono dettagliatamente disponibili i dati territoriali specifici che possono contribuire a precisare aspetti strutturali e sistematiche distorsioni. Una ripartizione di risorse pro-capite adeguatamente articolata e centrata sul valore medio nazionale consentirebbe allora di intervenire automaticamente ed immediatamente per iniziare a correggere già in fase di transizione le differenze regionali significative e documentate, tutte a danno del Mezzogiorno. L'adozione di questo criterio, ben diverso da quello tradizionale riproposto dagli "autonomisti a geometria variabile" consente di avviare un percorso redistributivo complementare, di graduale riallineamento delle regioni del Sud, in fiduciosa attesa di LEP e Costi standard connessi al modello ottimale (bottom up) al momento vincolato del bilancio pubblico. Stante l'esogeneità delle risorse da ripartire, si evidenzerebbe di conseguenza in modo concreto ai competenti "autonomisti" estrattori che c'è uno scalino da colmare che per loro è un debito (non di solidarietà) corrispondente alle immotivate appropriazioni del passato. Il debito teorico (certo più rilevante) si potrebbe poi contabilizzare con la piena attuazione del modello bottom up; il che rinvia a un processo ancor più impegnativo che non è il

caso di chiamare in causa per carità di Patria.

Questo "modo nuovo" di utilizzare la spesa storica nelle more della definizione dei fabbisogni a costi standard ha senso a condizione che esso si qualifichi fin dall'immediato come un criterio che ha tra i suoi compiti anche quello di ristorare gradualmente quei territori che hanno per molti anni subito l'immotivato razionamento di risorse ordinarie. Deve essere chiaro che l'adozione di questo metodo per sua natura non consente a nessuno di garantirsi la "sua" individuale spesa storica come per il passato per il semplice fatto che quella opportunistica parcellizzazione era funzionale a perpetuare l'"esorbitante privilegio" appannaggio del Lombardo-Veneto-Emiliano-Romagnolo.

### IL RISCHIO ISOLAMENTO

L'ulteriore evidente implicazione di questo approccio è che esso non può limitarsi a trattare casi singoli in isolamento rispetto al contesto. Esso, al contrario, deve preliminarmente ridisegnare la contabilità delle risorse equamente distribuite tra tutte le regioni del Paese, quali che siano le funzioni agite per competenza propria o statale. In aggiunta, per le regioni della convergenza, esso deve ottemperare alla rigorosa sterilizzazione delle risorse della politica di coesione nonché di quelle derivanti dal V comma del articolo 119, da escludere dal computo delle assegnazioni imponendo, di fatto, l'incremento nella allocazione di risorse ordinarie.

Dopo gli arretramenti imposti "dalla Casta" alle arrischiate pretese iniziali dell'autonomia la soluzione oggi da loro invocata di perseverare nel criterio della spesa

storica per default, può essere dunque reinterpretata e utilizzata "in contropiede", per imporre questa prospettiva globale che consenta di avviare da subito l'indispensabile processo di riequilibrio.

In tal senso è giustificato dire che siamo giunti al momento della verità.

Fatta giustizia della confusa retorica sulle virtù di "questo" sovranismo regional-confederale truccato da autonomia, al momento di scoprire le carte emergono le recondite intenzioni, le riserve, le contorsioni dietro le quali si cela l'impenitente logica estrattiva di chi credendosi -a torto- forte pretende di governare e, finalmente, di disfarsi del peso meridionale. Occorre essere consapevoli della necessità di non retrocedere perché adeguarsi oggi al rifiuto di correggere il percorso estrattivo non potrà diventare una disponibilità domani a recepire le conseguenze redistributive di pur improbabili LEP a costi standard.

Dal confronto senza esiti prevedibili di questa vicenda è auspicabile che il tema dell'autonomia venga "indebolito" riconducendolo a quello che è, il sintomo del disagio di chi registra il più che decennale smottamento delle proprie posizioni e si agita per svincolarsi alla ricerca di una "sua" soluzione. Fuor di dubbio, a nulla serve vagheggiare soluzioni separate e il varo di Piccole Patrie; dovrebbe essere invece evidente l'importanza di porre il tema del ruolo del Paese nell'Unione e di come il Sistema Italia possa dire la sua -da Nord a Sud- proponendo una sua strategia. Sul crinale di un'autonomia che potrebbe aprire alla disgregazione l'impegno prioritario è di contrastare con la "costanza della ragione" antistoriche illusioni presunzioni.

### IL FRONTE

Lombardia, Veneto ed Emilia Romagna tifano per il criterio della spesa storica

### DIMENTICATO IO

La determinazione dei Lep commisurati ai costi standard è rimasta lettera morta

### MINISTRA RISCALDATA

Non si può riproporre un criterio iniquo che diverrebbe definitivo e inaccettabile

### AUTOGOL

A nulla serve vagheggiare soluzioni separate e il varo di Piccole Patrie

### SANITÀ PUBBLICA

Spesa media pro capite	Euro
Nord	1.961
Centro	1.928
Sud	1.799

Le Regioni con il più alto saldo positivo	Milioni di euro
Lombardia	692
Emilia Romagna	326
Toscana	145
Veneto	99

### ASILI NIDO: AL SUD NUMERI DA VERGOGNA

La Ue chiede che siano garantiti asili nido ad almeno il

**33%**  
dei bambini da 0 a 3 anni

**IN ITALIA**

Al Centro Nord  
ci sono asili per oltre il

**25%**  
dei bambini

In Puglia-Calabria-Sicilia-Campania  
per meno di

**6%**  
dei bambini

Spesa annua dei Comuni per ogni bambino

**NORD ITALIA**  
**3.000 euro**

**GENTRO ITALIA**  
**2.000 euro**

**CALABRIA**  
**88 euro**

**REGGIO CALABRIA**  
**19 euro**

Fonte: dati Istat elaborati da Svimez

**LA SPESA STORICA DI RIFERIMENTO PER REGIONI (EURO PER ABITANTE 2015)**

	Orientamento e formazione professionale	Trasporto pubblico locale	Settore sociale (comprensivi di infanzia e asili nido)	Istruzione (servizi compl.ri)
PIEMONTE	41,00	175,24	149,19	98,75
LOMBARDIA	49,07	261,28	172,65	108,66
VENETO	25,11	170,72	298,71	79,34
LIGURIA	38,41	254,40	182,63	97,27
E. ROMAGNA	43,07	146,75	210,22	123,69
TOSCANA	43,38	222,76	192,33	106,62
UMBRIA	48,82	182,32	106,60	78,22
MARCHE	25,32	110,92	143,56	80,59
LAZIO	22,67	274,41	155,33	119,63
ABRUZZO	6,15	166,13	75,22	70,63
MOLISE	8,02	224,38	67,05	70,89
CAMPANIA	7,59	152,27	51,15	50,32
PUGLIA	19,19	140,06	75,19	52,55
BASILICATA	26,06	217,33	87,15	72,78
CALABRIA	17,24	132,75	42,31	55,18
ITALIA RSO	31,20	197,95	153,05	90,98

Fonte: Elaborazione SOSE

# Cuore caldo

Con la temperatura torrida il muscolo cardiaco va in superlavoro. Considerata anche la perdita di sali minerali, un mix pericoloso. È meglio fare un check up estivo, prestare attenzione ai campanelli d'allarme: al primo malessere consultare il medico. Ecco le precauzioni da prendere al mare, in montagna e in città: i consigli dei cardiologi

di **Federico Mereta**

**CARDIOLOGIA**

## Se il caldo fa impazzire il cuore

Quando il clima diventa torrido, il sangue deve circolare più in fretta. Perdiamo sali minerali  
Con conseguenti rischi per la salute. Consigli per evitarli

di **Federico Mereta**

—“—  
**Non richiede troppo al corpo, anche solo girando sotto la canicola per visitare monumenti e piazze: l'equilibrio si può spezzare**

—”—

**M**etteteci il caldo che non lascia tregua. Aggiungete che quando il clima diventa torrido il sangue deve circolare da due a quattro volte in più ogni minuto, inducendo un “superlavoro” per il cuore. Mescolate il tutto con la perdita di sali minerali e

la reazione di risposta dell'organismo e avrete la ricetta del cocktail estivo che mette a repentaglio il cuore. Se è vero infatti che in questa stagione siamo più rilas-

sati e sentiamo meno lo stress, è innegabile che, specie per chi sta in città o sceglie come mete i luoghi d'arte, il clima può giocare brutti scherzi.

«Quando le temperature salgono la frequenza cardiaca deve aumentare e il cuore deve lavorare di più per pompare il sangue alla pelle necessario a favorire la sudorazione a raffreddare il corpo – conferma **Ciro Indolfi**, presidente della Società Italiana di Cardiologia. L'evaporazione mette a dura prova il sistema cardiovascolare. Il sudore disperde il calore del corpo, ma fa perdere anche sodio, potassio e altri minerali necessari per contrazioni muscolari, trasmissioni ner-



vose ed equilibrio idrico. Per contrastare queste perdite, il corpo inizia a secernere ormoni che aiutano il corpo a trattenere l'acqua e ridurre l'impatto della perdita di sali».

Normalmente questi adattamenti stagionali vengono assorbiti senza difficoltà dall'organismo. Ma se si richiede troppo al corpo anche semplicemente girando sotto la canicola per visitare monumenti e piazze, l'equilibrio si può spezzare. «Il rischio è maggiore - aggiunge Indofi - per chi ha già problemi cardiovascolari o ha superato un infarto, perché il suo cuore può non pompare sangue a sufficienza in queste circostanze. Poi ci sono farmaci che interferiscono con la regolazione del calore. Chi assume beta-bloccanti, ad esempio, ha una frequenza cardiaca ridotta che impedisce al cuore di far circolare il sangue più velocemente per un efficace scambio di calore. I diuretici peggiorano la disidratazione aumentando la produzione di urina».

Il grande rischio, quindi, è che l'afa e le impennate dell'umidità abbassino eccessivamente la pressione, sia per l'aumento del flusso sanguigno alla pelle (e allo stomaco, nei momenti della digestione) sia per la disidratazione. I campanelli d'allarme di questa condizione sono la comparsa di inspiegabili mal di testa, vertigini che insorgono soprattutto quando ci si alza in piedi, sentirsi 'rallentati' o molto stanchi, bocca secca, contrazione della diuresi con urine molto concentrate (scure e scarse). E non bisogna dimenticare che a volte, quasi di colpo, si perde conoscenza perché il cervello non riceve sangue a sufficienza e in qualche modo si "spegne". L'eccessivo calo della pressione arteriosa - a rischio sono soprattutto gli anziani e le donne - è una delle più frequenti cause di svenimento in estate. Se in piedi la pressione arteriosa massima scende rapidamente sotto i 70 millimetri di mercurio si può infatti verificare una perdita di coscienza perché il cuore non riesce a "superare" la forza di gravità necessaria per spingere il sangue e l'ossigeno fino al cervello che quindi si "annebbia" e perde il controllo

dell'organismo. Un momento a rischio, per chi è avanti con gli anni e ha i sistemi interni di rilevazione della pressione non proprio ottimali, è il passaggio repentino dalla posizione sdraiata a quella in piedi. Gli esperti chiamano questo quadro ipotensione ortostatica: meglio rimanere per qualche tempo seduti prima di scattare, per dare tempo al corpo di adattarsi.

Per tutti questi motivi, è il momento di fare un check, della pressione con il proprio medico. «Andare in vacanza non significa che le malattie vanno in ferie - ricorda Massimo Volpe, presidente della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (Siprec) - perché anche nelle persone sane possono verificarsi disturbi collegati all'ipotensione (caduta della pressione arteriosa), con comparsa di sintomi come vertigini, palpitazioni, senso di mancamento, necessità di assumere la posizione sdraiata». Quali sono i campanelli d'allarme della disidratazione? Mal di testa, vertigini specie al cambio di posizione, debolezza, bocca asciutta. «Per chi ha la pressione alta meglio rivalutare la terapia con il medico - ricorda Volpe. Andrebbero ridotti o, se possibile, evitati i diuretici che espongono a disidratazione, perdita di potassio e disturbi dei sali circolanti nel sangue. Occhio se assumete anche farmaci vasodilatatori, come calcio-antagonisti e nitriderivati, e agli Ace-inibitori e agli antagonisti dell'angiotensina». Sul fronte pratico, per chi ha scelto il mare e soffre di ipertensione o scompenso cardiaco conviene evitare gli sbalzi di temperatura. Attenzione all'aria condizionata "a palla" se arrivate da 30 o più gradi ed evitate di esporvi a lungo al sole per poi tuffarvi in acque fredde. C'è il rischio di congestione, soprattutto in chi assume farmaci: per questo conviene entrare in acqua gradualmente, evitando di esporvi al sole, nelle ore più calde della giornata. Per il resto, evitate gli sforzi quando fa molto caldo, non puntate su caffè e alcolici per reintegrare liquidi perché possono aumentare la disidratazione, puntate su minestre fredde, insalate e frutta, meglio se in pasti leggeri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Il decalogo

**1**

### Attività fisica

Evitate gli sforzi se la temperatura e l'umidità sono elevate. Meglio la mattina presto o la sera



### I liquidi

Attenzione alle bevande alcoliche o con caffeina; possono causare o amplificare la disidratazione

**2**
**3**

### Per gli sportivi

Consumare carboidrati complessi per avere energia. Durante l'attività meglio la frutta secca



### Le pulsazioni

Rallentare l'attività se i battiti diventano accelerati o se compare il classico fiatone

**4**
**5**

### Il fattore età

Quanto più si va avanti con gli anni, tanto minore dovrebbe essere lo sforzo per il cuore



### In montagna

Prendersi il giusto tempo per acclimatarsi, se non si è allenati evitare pendii molto scoscesi

**6**

# 7

## I cardiopatici

Se si è avuto un infarto di recente, cercare di non superare i 1200-1300 metri di altitudine



## Il trekking

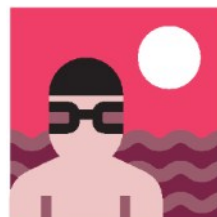
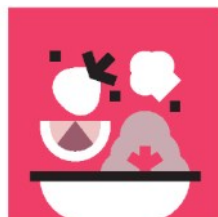
Trovare il ritmo giusto, non andare troppo veloci, calcolare anche il peso aggiunto dello zaino

# 8

# 9

## A tavola

Dieta leggera ma nutriente: ricca di frutta e verdura di stagione, legumi e pesce, specie se si è al mare



## Al mare

Evitare il solleone, fare la mattina presto una nuotata lenta e una camminata sulla costa

# 10

FONTE: RIELABORAZIONE DATI RSALUTE

INFOGRAFICA: PAULA SIMONETTI

## Repubblica.it

### Dallo scompenso all'infarto risponde lo sportello on line

soprattutto nella terza età. Un eccesso di liquidi può essere dannoso in questi casi. Chi soffre di scompenso ed è in terapia con diuretici dovrebbe fare controlli medici, per una messa a punto della cura, mirato a ridurre il rischio della disidratazione e dell'ipotensione, che si

### Prevenzione

#### Dopo l'infarto niente alta quota almeno per qualche mese

deve ancora scegliere la meta della vacanza. Le ferie vanno studiate con il medico, ricordando che è fondamentale assumere sempre le terapie consigliate dopo l'attacco cardiaco e in caso di patologie cardiovascolari, per limitare i rischi. «A tavola, mettete sempre nel piatto i

Idratazione, ma con giudizio. Lo ricordano gli esperti del sito: [www.sportellocuore.it](http://www.sportellocuore.it) di Repubblica che presenta, tra le diverse rubriche, un ampio spazio dedicato al cuore "stanco", ovvero allo scompenso cardiaco, che colpisce quasi un milione di persone in Italia,

manifestano con debolezza e capogiri. È fondamentale controllare lo stato di nutrizione e la minzione, per evitare che si creino "sovraccarichi" in grado di mettere a repentaglio le già scarse capacità del muscolo cardiaco di spingere il sangue nell'organismo.

«Nei primi sei mesi dopo un infarto evitate l'alta montagna e cercate di non superare i 1200-1300 metri di altitudine», consiglia Marino Scherillo, direttore Cardiologia Interventistica ed Utic dell'Azienda Ospedaliera San Pio di Benevento, ed è per chi

colori giallo della frutta – spiega l'esperto – e verde della verdura, di non far mancare i legumi e di consumare pesce, soprattutto se siete al mare. Il caldo non è nemico del cuore, a patto che si ricordi l'importanza dell'idratazione e che non si esageri con le prestazioni fisiche».

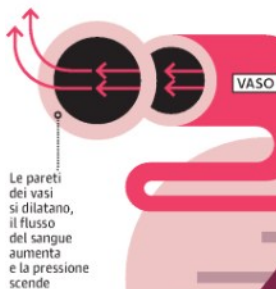
## Se i gradi salgono

### Il cuore sotto stress

Con l'afa il muscolo cardiaco deve fare uno sforzo extra per pompare più sangue e favorire la sudorazione e il raffreddamento del corpo

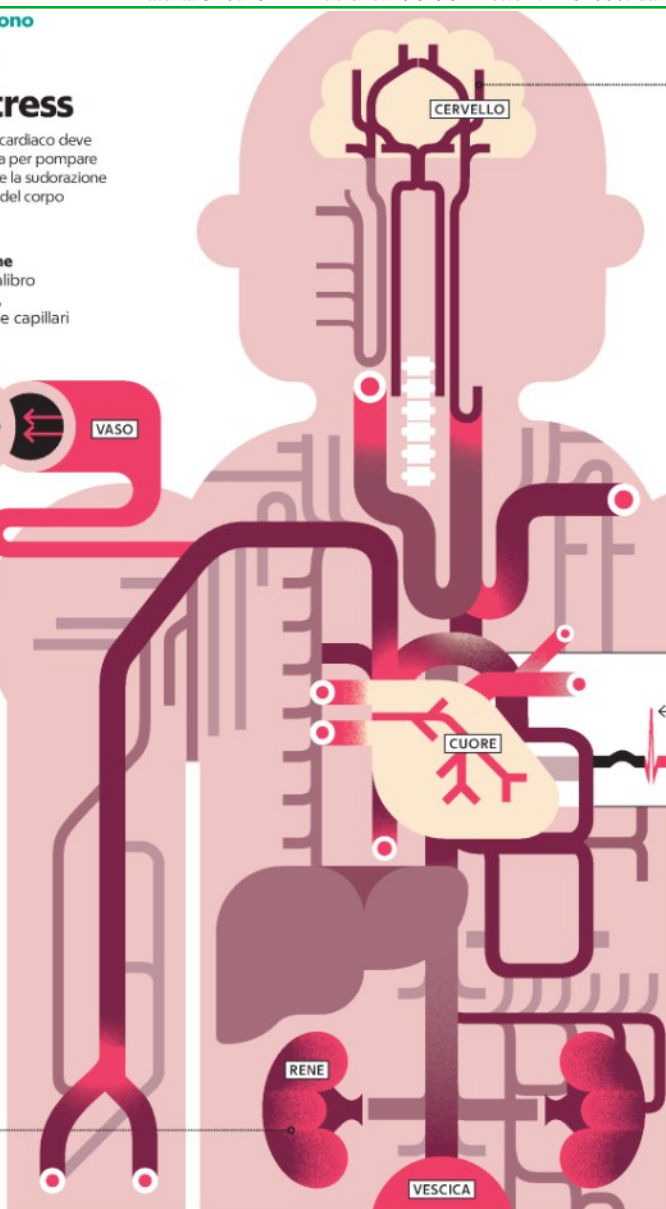
#### La vasodilatazione

È l'aumento del calibro dei vasi sanguigni, tra cui arterie, vene capillari



#### Urina concentrata

L'aumento del flusso sanguigno comporta una riduzione dei livelli di urina. Se i liquidi non sono reintegrati, le urine diventano scarse e scure



#### L'ipotesione



**La pressione**  
Si verifica un calo improvviso nella pressione arteriosa



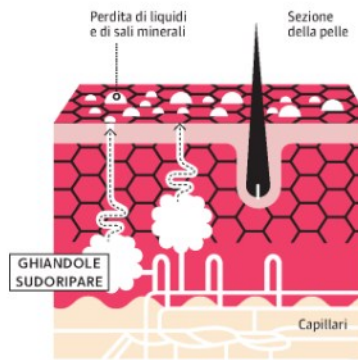
**Il cervello**  
Riceve un volume inferiore di sangue



**Possibili segnali**  
• Vista annebbiata  
• Sudore freddo  
• Nausea  
• Stordimento

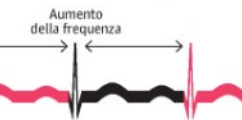
#### La disidratazione

Il sudore è indispensabile a disperdere il calore dal corpo ma può far calare i sali minerali necessari all'equilibrio idrico



#### I battiti cardiaci

Compensa il calo di pressione con l'aumento della frequenza di contrazione



#### Rischio

Infarto del miocardio in persone predisposte o con cardiopatie

#### I sintomi dell'infarto

Possono avere leggere differenze tra donne e uomini



- Dolore oppressivo nel petto che inizia dietro lo sterno
- Nausea, capogiri, stanchezza
- Il dolore si irradia a mascella e collo
- Il dolore si irradia a braccia, spalle, schiena
- Fiato corto e sudorazione



## Esercizio fisico

# In montagna trekking ma senza esagerare

Non fate gli Highlander. Non puntate sulla sfida infinita a tennis o sullo scatto che avevate da ala guizzante qualche decennio fa, ma limitatevi a passeggiate di buon passo, gite in mountain bike evitando dislivelli eccessivi, alla nuotata lenta in mare o in piscina se siete rimasti in città. Ricordate anche di non concentrare gli sforzi nelle ore calde della giornata, preferendo la mattina e la sera. Quanto più si va avanti con gli anni, tanto minore dovrebbe essere lo sforzo per il cuore che deve sostenere un'attività aerobica, cioè con consumo d'ossigeno. «Per capire se si esagera - spiega Michelangelo Giampietro, specialista in medicina dello sport e docente della scuola dello Sport del Coni-Roma - basta una semplice formula. Dobbiamo sottrarre l'età da 220, per sapere la frequenza cardiaca massima teorica. L'ideale è stare nel limite del lavoro aerobico, ovvero non arrivare con i battiti a superare il 50-70 per cento del risultato, ricordando che chi è più allenato può spingere la frequenza cardiaca a valori un po' più elevati, mentre il sedentario che fa la passeggiata o la pedalata nel bosco può stare poco sotto il 50 per cento della frequenza calcolata».

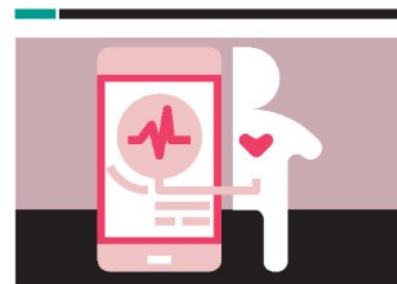
Ovviamente, per il cuore conta anche l'ambiente in cui ci si muove. In alta montagna, l'aria è meno ricca di ossigeno e il cuore, per compensare la ridotta ossigenazione, lavora di più: aumenta la frequenza dei battiti e della pressione arteriosa. Occorre quindi prestare attenzione alle sollecitazioni che il corpo riceve, specie se non si è allenati e in buona salute: complice anche l'ipossia (cioè la carenza di ossigeno) delle alte quote, a cuore e vasi vie-

ne imposto uno stress significativo.

Per questo può andare bene il trekking, ricordando che non bisogna andare troppo veloci e va calcolato anche il peso aggiunto dello zaino: non fate salite eccessivamente ripide e portate addosso zaini troppo pesanti, soprattutto nei primi chilometri. «Per chi ha problemi di equilibrio, e non solo - riprende Giampietro - consiglio il Nordic Walking, una valida attività aerobica che non coinvolge solo le gambe, ma anche le braccia ed altri gruppi muscolari. Altrettanto indicata, se non si esagera con le pendenze, è la mountain bike. È un'attività aerobica, che comporta un impegno costante e fa lavorare assiduamente cuore e polmoni: occhio solo se compare il "fiatone", segno che il corpo sta faticando per tenere il ritmo». Col tempo, questo sport fa diminuire il colesterolo cattivo nel sangue, quello legato alle proteine LDL, facendo aumentare al contempo quello buono (HDL). Inoltre pedalare è un'attività isotonica, perché contrazioni e decontrazioni muscolari si ripetono ritmicamente e quindi potrebbe essere consigliato, se il medico lo ritiene, anche per chi ha la pressione arteriosa leggermente alta. Un'ultima raccomandazione. «Meglio evitare, - aggiunge l'esperto - se non si è abbastanza allenati e senza il via libera del medico, attività come l'arrampicata (più facile avere giramenti di testa, specie se si soffre di diabete e si è disidratati) o l'immersione in acque profonde. Il fai da te è sempre pericoloso quando non si è fisicamente e psicologicamente pronti».

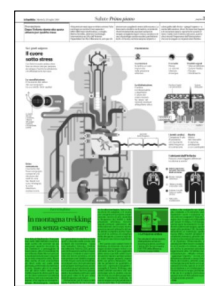
— f.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ▲ La frequenza cardiaca

Per calcolare il valore massimo delle pulsazioni al minuto durante uno sforzo, si sottrae l'età da 220. Se non si supera il 50-70% della differenza, l'attività è sopportabile



# Quando la testa scoppia

In Italia la patologia affligge l'11,6 per cento della popolazione, una persona su tre ha almeno un attacco a settimana. E spesso il disturbo si cronicizza perché la diagnosi arriva tardi

di **Tina Simoniello**

## I numeri

# 70%

dei pazienti si rivolge a 7-9 medici prima di inserirsi nel percorso giusto

# 30%

degli emicranici affrontano indagini che si rivelano in seguito inutili

**S**ono come personaggi in cerca d'autore, gli emicranici: conoscono la propria storia, ma per trovare chi la interpreti impiegano anni, mediamente sette. Vagando da uno specialista all'altro, cambiando farmaci, continuando a sentire dolore e rischiando nel frattempo che la loro malattia peggiori, si cronicizza. In Italia l'emicrania affligge l'11,6 per cento della popolazione, il 30 per cento circa con almeno un attacco a settimana e le donne due-tre volte più degli uomini.

Parliamo di una patologia che l'Organizzazione mondiale della sanità colloca al secondo posto tra quelle che causano disabilità. E di una malattia costosa. Secondo alcune stime, nel nostro paese i costi per ogni paziente si aggirano intorno ai 3mila euro l'anno, tra costi indiretti e diretti.

Dolore acuto e pulsante, in genere su un solo lato della testa, nausea, fastidio per la luce, i rumori, i suoni, gli odori: quando l'attacco arriva, la vita sociale, familiare e inevitabilmente lavorativa ne risentono drasticamente. Secondo "Vivere con l'emicrania", la recente indagine realizzata dal Censis su un campione di 695 emicranici, il 69,9 per cento di chi è affetto dal disturbo non riesce a fare assolutamente niente durante un attacco e il 58 per cento vive con la paura costante di un nuovo attacco. Eppure sono gli stessi pazienti a non riconoscere la patologia: sempre secondo lo studio Censis il 20 per cento di loro aspetta anche 5 anni per rivolgersi a un interlocutore qualificato. «Nel frattempo soffrono, ricorrono all'auto-prescrizione di farmaci da banco che non fun-

zionano - spiega Piero Barbanti, responsabile dell'Unità per la cura e la ricerca su cefalee e dolore dell'Irccs San Raffaele Pisana di Roma - a volte si deprimono perché si convincono di non poter essere curati o cedono alla medicina della superstizione: evitano per esempio di uscire senza cappello d'inverno, non si espongono all'aria condizionata d'estate o si privano di alcuni alimenti. Ma abbiamo prove scientifiche che dimostrano che il cibo non è coinvolto nella malattia. Vivono nella convinzione che l'emicrania sia sintomo di qualcos'altro: intolleranze alimentari, clima, cervicale, ormoni. Ma l'emicrania non è un sintomo, è una patologia di per sé stessa, con una forte familiarità».

Nell'interregno tra esordio, diagnosi e trattamento, consultano specialisti sbagliati: ortopedici, oculisti, otorinolaringoiatri, osteopati. «Pirandellianamente - continua Barbanti - cercano un autore che li interpreti: il 70% degli emicranici si rivolge a 7-9 medici prima di inserirsi nel percorso terapeutico giusto. E 30 volte su cento affrontano indagini inutili, spesso costose». Cosa fa nel frattempo l'emicrania? «Guadagna terreno: senza le cure giuste c'è il rischio che le forme episodiche si trasformino in croniche, cioè che da 4-14 giornate di emicrania al mese si passi a più di 14 giorni mensili con emicrania». Che fare? «Quando si ha un attacco a settimana ci si deve rivolgere subito al medico di famiglia. Se il problema non si risolve, al neurologo, e infine a un Centro cefalee. Ne abbiamo di eccellenti e ben distribuiti nella Penisola. Non c'è bisogno, come accade di frequente, di cambiare regione. Oltre il 50% degli emicranici cronici si affida al turismo sanitario, e potrebbe non farlo».

I trattamenti contro l'emicrania sono o sintomatici, cioè curano l'attacco quando si presenta, o preventivi degli attacchi, per chi ne ha almeno uno, disabilitante, a settimana. «I primi sono antidolorifici e triptani. Sono invece medicine di profilassi i beta-bloccanti, antidepressivi, calcioantagonisti e antiepilettici ereditati da altre malattie. Sono efficaci, ma si associano anche a effetti collaterali importanti, che spingono il 45 per cento di chi li usa ad abbandonarli entro i primi quattro mesi di cura». Recentemente sono stati messi a punto farmaci innovativi per prevenire l'emicrania, gli anticorpi mo-



noclonali che bloccano l'azione del CGRP, (acronimo dall'inglese Calcitonin Gene Related Peptide, peptide correlato al gene della calcitonina), una proteina con una potente attività vasodilatatoria che per ora è l'unico responsabile individuato dell'emicrania. «Sono quattro molecole, erenumab, galcanezumab, fremanezumab e eptinezumab efficaci e ben tollerate. A oggi una sola è in commercio in Italia, anche se non è rimborsata dal Ssn. I tempi della rimborsabilità sembrano brevi – dice Barbanti – ma è ipotizzabile che sia destinato a chi non ha risposto a un certo numero di cure preventive».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## La malattia Cefalea a grappolo un tormento al maschile

Cefalea è una parola che indica il "mal di testa" in qualsiasi parte del cranio. Le forme più comuni sono: quella tensiva, l'emicrania e la cefalea a grappolo. La prima è la più frequente (70% circa di tutte le forme), il dolore è diffuso e si associa spesso a periodi di stress. L'emicrania, la seconda in termini di frequenza, riguarda più le donne, il dolore è pulsante e interessa in genere una metà del cranio, quando è preceduta da fenomeni visivi o neurologici si dice con aura. Il dolore della cefalea a grappolo è retro-orbitale intenso e colpisce un solo lato della testa. Questa cefalea che colpisce molto più gli uomini è tra le forme più rare e invalidanti di mal di testa. Gli attacchi si manifestano in fasi attive che possono durare mesi e si chiamano grappoli. Nei periodi attivi i grappoli possono essere fino a otto al giorno.

### L'indagine

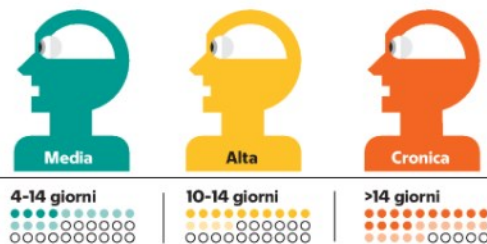
## Vivere con l'emicrania

Radiografia dell'indagine Censis su un campione di **695 emicranici**. Più della metà vive con la paura di un nuovo attacco e non sa bene a chi rivolgersi

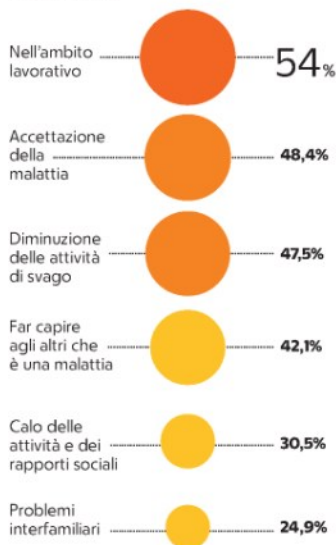
### La frequenza

Senza le cure giuste il rischio è che le forme episodiche (media frequenza) si trasformino in croniche

N° di giorni al mese in cui colpisce

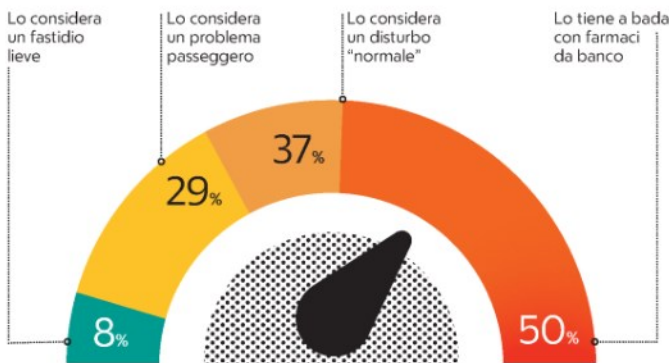


### Le difficoltà



### La scarsa consapevolezza

Varie opzioni di risposta





**In Italia**  
15 milioni hanno avuto almeno un attacco



**In Europa**  
136 milioni di malati



**Le donne**  
Colpite 2-3 volte di più degli uomini



**Il costo**  
3mila euro a testa all'anno\*



**I primi attacchi**  
Compaiono in media a 22 anni



**La durata**  
L'attacco supera spesso le 24 ore



**Il turismo sanitario**  
Il 50% dei malati cronici si sposta per curarsi



**La diagnosi**  
Arriva in media dopo 7 anni

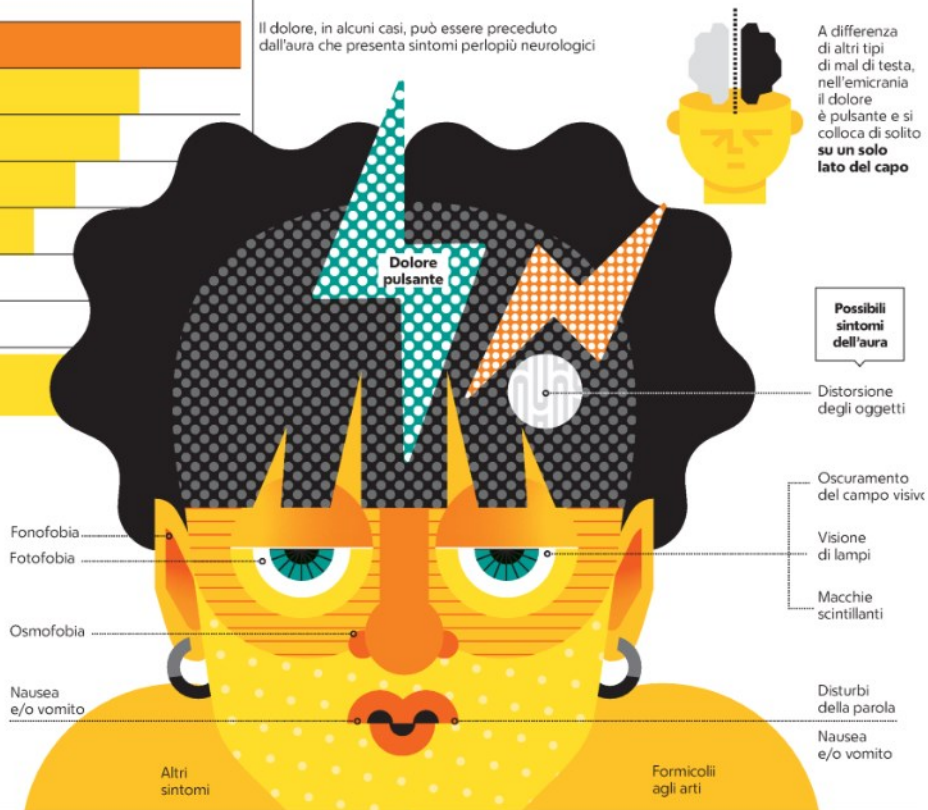
## L'impatto psicologico

La malattia è sottovalutata socialmente	90%
Non riesco a fare nulla durante l'attacco	70%
Credono che io esageri	66%
Vivo con la paura di un attacco	58%
Il malato è "mal visto"	50%
Temo che i miei cari mi vedano come "un peso"	39%
Sul lavoro mi considerano poco affidabile	31%

## Come si manifesta

Il dolore, in alcuni casi, può essere preceduto dall'aura che presenta sintomi perlopiù neurologici

\*valore stimato, compresa la perdita di produttività



A differenza di altri tipi di mal di testa, nell'emicrania il dolore è pulsante e si colloca di solito su un solo lato del capo

**Possibili sintomi dell'aura**

Distorsione degli oggetti

Oscuramento del campo visivo

Visione di lampi

Macchie scintillanti

Disturbi della parola

Nausea e/o vomito

Altri sintomi

Formicolii agli arti

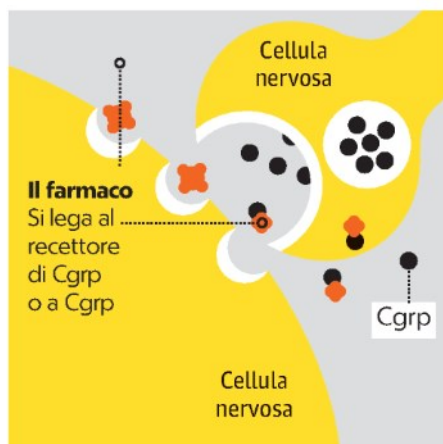
## Il meccanismo del dolore



### Il responsabile si chiama "Cgrp"

Nel cervello dei malati si registrano livelli molto alti di Cgrp. Questa molecola è un potente vasodilatatore che agisce sui vasi delle meningi causando irritazione e dolore di tessuti circostanti

## Come agiscono i nuovi farmaci



### Gli anticorpi monoclonali

Questi farmaci neutralizzano Cgrp in due modi: legandosi ai recettori specifici di Cgrp, oppure direttamente a Cgrp. Lo scopo è bloccare l'attività anomala di questa sostanza

# Aiuto ho un insetto nell'orecchio

Proteggere i canali uditivi al mare o in piscina  
Ma attenzione anche agli ospiti indesiderati

di **Letizia Gabaglio**

**In estate anche tuffi  
e bagni possono  
fare aumentare  
le infezioni**

**T**uffi, bagni, passeggiate in campagna, vacanze in tenda o viaggi intorno al mondo con aerei e navi. In estate sono molte le occasioni che da spensierate e divertenti possono trasformarsi in pericoli per la salute delle orecchie. Capita anche di rovinarsi le ferie con otiti, che portano febbre alta e dolore, con corse al pronto soccorso per la rottura di un timpano o la presenza di un corpo estraneo, per esempio un insetto, nel canale uditivo, con abbassamenti di udito o problemi di equilibrio. «Sono eventi che possono capitare soprattutto a chi è predisposto e ha specifiche caratteristiche fisiologiche», dice Domenico Cuda, direttore Otorinolaringoiatria all'Ospedale Guglielmo da Saliceto di Piacenza.

La maggioranza delle persone riesce a trascorrere le settimane di relax senza intoppi, ma ci sono individui che dovrebbero fare particolare attenzione. Primo fra tutti chi è soggetto alla formazione di tappi di cerume, la secrezione fisiologica che protegge l'orecchio che, quando eccessiva o particolarmente vischiosa, crea un'ostruzione che, con l'acqua, tende a gonfiarsi come una spugna. «Se il problema è persistente, biso-

gna andare da un otorino e farsi consigliare sul metodo per pulire le orecchie prima dell'estate», spiega Cuda.

C'è poi chi ha una perforazione del timpano, la membrana che si trova alla fine del canale uditivo: per loro il ristagno dell'acqua di mare e della piscina può essere particolarmente rischioso perché i batteri presenti trovano una strada aperta per entrare nell'organismo dove possono scatenare un'infezione. «Anche chi ha delle esostosi, cioè delle escrescenze ossee che spesso si sviluppano nei nuotatori, nei surfisti o nei sub, può andare incontro a infezioni perché la particolare conformazione fisica fa sì che l'acqua ristagni di più».

Infine, meno scontato, attenzione alla dermatite, che spesso provoca prurito nel condotto uditivo e voglia di grattarsi: si creano così delle piccole lesioni che di fatto favoriscono l'entrata dei batteri. L'otite del nuotatore, così si chiama questa forma di infezione, è molto fastidiosa ma per fortuna risponde bene ai farmaci. «Attenzione però: le gocce antibiotiche vanno usate solo nel caso di infezione da batteri. Per le infezioni da funghi, per esempio, sono addirittura controproducenti».

Il medico e il pronto soccorso sono tappa obbligata anche in caso di tuffi o immersioni che provocano dolore forte e persistente all'orecchio: la colonna d'acqua che pesa sull'aria rimasta intrappolata nel canale uditivo, se non viene compensata, provoca infatti la lacerazione della membrana timpanica o può arrivare a danneggiare l'orecchio interno causando vertigini o anche sordi-

tà grave. «Quando si va sotto l'acqua bisogna sapere compensare: i sub vengono istruiti perché il loro rischio è maggiore ma va spiegato, per esempio ai bimbi, le manovre, anche semplici, che abbassano il rischio. Ma ci sono condizioni che rendono difficile il compito: un banale raffreddore o un tappo di cerume, aumentano il rischio», dice Cuda.

Utili anche nel caso del dolore che alcuni sentono quando gli aerei atterrano, le strategie di compensazione che oppongono alla pressione esterna quella interna: basta soffiare con naso e bocca chiusi, masticare un chewing gum o deglutire spesso e con forza. Infine, un evento raro ma fastidioso: l'entrata di un corpo estraneo, spesso un insetto, nell'orecchio. «È un trauma. Al dolore si aggiunge il rumore. Nel tempo che si impiega per raggiungere il pronto soccorso si può cercare di stordire l'insetto inserendo cautamente nel padiglione auricolare un batuffolo di cotone imbevuto di una sostanza volatile, come l'etere. Così il rumore sparirà così come il fastidio dovuto al muoversi dell'insetto», conclude Cuda. L'importante è non cercare di toglierlo da soli, si potrebbe provocare una puntura o spingerlo ancora più in fondo.

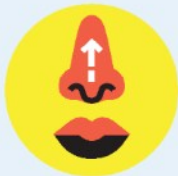
© RIPRODUZIONE RISERVATA



## I rimedi

### Compensare

Soffiando con il naso e la bocca chiusi, masticando o deglutendo



### Mai bastoncini

Né per pulire né per togliere I cotton fioc non vanno mai usati



## Asciugare

Contro le infezioni togliere tutta l'acqua dalle orecchie



## I segnali

Se l'orecchio fa male per diversi giorni rivolgersi a un medico



## L'INTERVISTA

# “Stiamo bene ma la sanità è malata”

L'allarme di Christopher Murray, demografo mondiale  
 “Colpa delle culle vuote e delle politiche anti immigrazione:  
 l'equilibrio fiscale della salute pubblica e privata salterà”

—“—

**Con una popolazione così vecchia non ci saranno persone capaci di produrre reddito. Le nostre società non si reggeranno più in piedi**

—”—

di **Jaime D'Alessandro**

**D**a anni compie ricerche sullo stato di salute dell'umanità. Christopher Murray, direttore dell'Istituto di Health Metrics and Evaluation dell'Università di Washington a Seattle, raccoglie dati su malattie e sistemi sanitari fin dal '90, scattando fotografie sulle condizioni di vita della popolazione mondiale. Ex direttore dell'Harvard Initiative for Global Health e dell'Evidence and Information for Policy Cluster all'Oms, Murray nel tempo ha alzato lo sguardo cominciando a tracciare anche scenari futuri. Prima quello del 2040 e ora del 2100, in uno studio che verrà pubblicato a fine anno. Mentre partecipava al festival The Big Challenge dell'università norvegese Ntnu a Trondheim, lo abbiamo raggiunto al telefono. Con noi ha condiviso alcuni dei risultati della nuova ricerca, iniziando dal crollo drastico della natalità che rischia di compromettere gli equilibri sociali ed economici non solo in Europa.

**Professore, prima di guardare al futuro partiamo dal presente: qual è lo stato di salute dell'umanità?**

«Negli ultimi decenni ci sono stati progressi per quel che

riguarda la situazione sanitaria quasi ovunque. Si vive più a lungo, la diffusione di molte malattie è stata ridotta, con qualche eccezione come, per esempio, per il diabete. Ma recentemente si sono anche affacciate delle minacce: in alcuni Paesi, dall'Europa agli Usa, l'abuso di droga e i suicidi sono aumentati, così come alcuni disturbi cognitivi».

**Eppure la percezione più diffusa dello stato di salute dell'umanità spesso è negativa.**

«Si tende a dimenticare gli enormi progressi fatti dal Dopoguerra. Se si guarda agli anni '50, i miglioramenti delle condizioni di vita sono stati senza precedenti. Invece ci si concentra solo sull'ultima cattiva notizia perdendo di vista il quadro generale. C'è una tendenza a sottostimare i risultati che abbiamo raggiunto».

**Quale sarà la nostra situazione fra 20 anni?**

«Crediamo che l'aspettativa di vita continui ad aumentare ma decisamente meno di quanto abbiamo visto negli ultimi decenni. E ovviamente ci sarà un invecchiamento della popolazione con una maggiore frequenza di malattie legate all'età. Quello che non scomparirà saranno le ineguaglianze fra zone più ricche e più povere della Terra. Le differenze si assottiglieranno, ma non di molto. Insomma, quell'idea che con il tempo le disparità fra sud e nord finiranno per svanire è un'illusione».

**State studiando lo scenario del 2100. Cosa potrebbe accadere?**

«Quello che nessuno si aspettava: gli effetti rapidi che avrà la bassa fertilità non solo in Occidente ma anche in Paesi come la Cina. L'attuale equilibrio fiscale e della sanità sia pubblica sia privata verrà compromesso. Con una popolazione così vecchia non ci saranno abbastanza persone capaci di produrre reddito. Le nostre società non si reggeranno più in piedi. L'unica eccezione è l'Africa».

**Quando comincerà la decrescita della popolazione?**

«A partire dal 2055. Quando hai molti più 80enni che



bimbi, l'intera società non può più andare avanti. In Cina nel 2100 la forza lavoro decrescerà del 60 per cento. Sono numeri impressionanti che lasciano prevedere un terremoto che pochi oggi hanno la lucidità di intuire. Si pensa solo all'immediato e si guarda a chi è già in difficoltà, come Europa e Giappone, mentre il fenomeno è planetario. Pensare ad un rimedio significa cominciare ad agire ora».

### Nessuno lo sta facendo?

«Paesi come Canada e Australia stanno gestendo al meglio l'emergenza demografica. Hanno politiche per l'immigrazione basate sui dati economici e sulle necessità future. Guardano ad un'immigrazione selezionata e qualificata e, fino ad oggi hanno ottenuto ottimi risultati. Eppure, quando la popolazione inizierà a decrescere, credo che anche questo tipo di politica comincerà ad incontrare degli ostacoli. Ironicamente gli Usa, che hanno avuto una crescita economica straordinaria proprio grazie all'immigrazione, ora stanno chiudendo le porte condannando il modello che li ha resi così potenti».

### Quando vedremo i segni reali di cortocircuito?

«Negli Stati Uniti ci vorrà più tempo perché l'immigrazione, malgrado i muri, ha ancora un bilancio positivo. In Europa quei segnali arriveranno prima. Ma sarà il Giappone a fare da apripista. Lì la politica sull'immigrazione è fra le più rigide e la natalità è ai minimi termini, con un invecchiamento da primato».

### I colossi dell'hi tech stanno investendo nella medicina predittiva e nell'applicazione A.I. con la promessa di allungare la vita di tutti.

«Esistono due visioni del futuro opposte: una è quella della Silicon Valley con la sua fede nei progressi che potremmo fare in medicina grazie allo studio del genoma, della medicina personalizzata, dell'intelligenza artificiale. L'altra vede nella velocità degli stravolgimenti climatici un fattore che minerà ogni tipo di progresso delle condizioni di vita anche a causa delle tensioni geopolitiche. Il ritmo delle innovazioni in campo medico proseguirà, ma storicamente molte rivoluzioni digitali hanno impiegato tempo prima di produrre effetti tangibili. Non è detto che la medicina 2.0 raggiunga tutti».

### C'è chi sostiene che vivremo anche 150 anni...

«Ne dubito. O almeno non penso sia una prospettiva credibile e applicabile su larga scala».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## Rapporto Crea Servizi bocciati in sei regioni del Sud

salute sono quelli che vivono a Trento, in Toscana e a Bolzano. Ad aggiornare la fotografia è il nuovo rapporto Crea Sanità, dell'Università di Tor Vergata di Roma. Il divario Nord-Sud nel Servizio sanitario si rispecchia nella

Sono sei e tutte del Sud le regioni in "area critica" per quello che riguarda le performance dei servizi sanitari regionali: Puglia, Sicilia, Basilicata, Calabria, Campania e Sardegna. Mentre i cittadini che possono accedere ai migliori livelli di tutela della

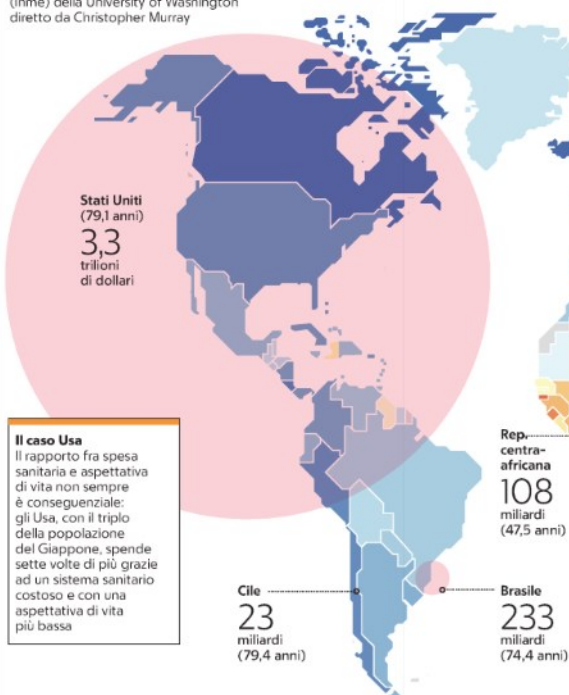
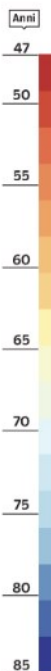
misurazione delle performance regionali, ovvero indicatori espressi in percentuali e costituiti da 5 aspetti: appropriatezza dell'assistenza, esiti delle cure, equità di accesso, innovazione e situazione finanziaria.

### Spesa sanitaria e aspettativa di vita

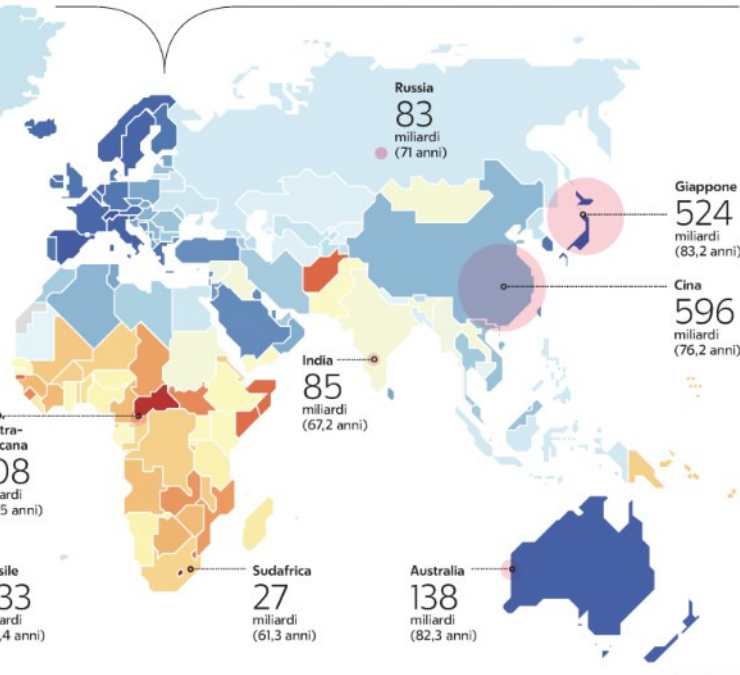
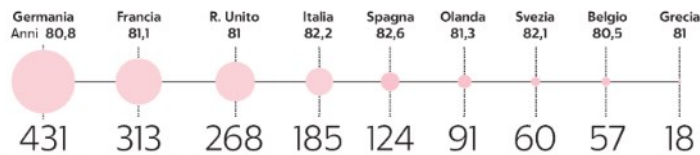
## Il rapporto costo-beneficio

Dati dal Institute for Health Metrics and Evaluation (Ihme) della University of Washington diretto da Christopher Murray

**Legenda**  
Aspettativa di vita media in donne e uomini, 2015



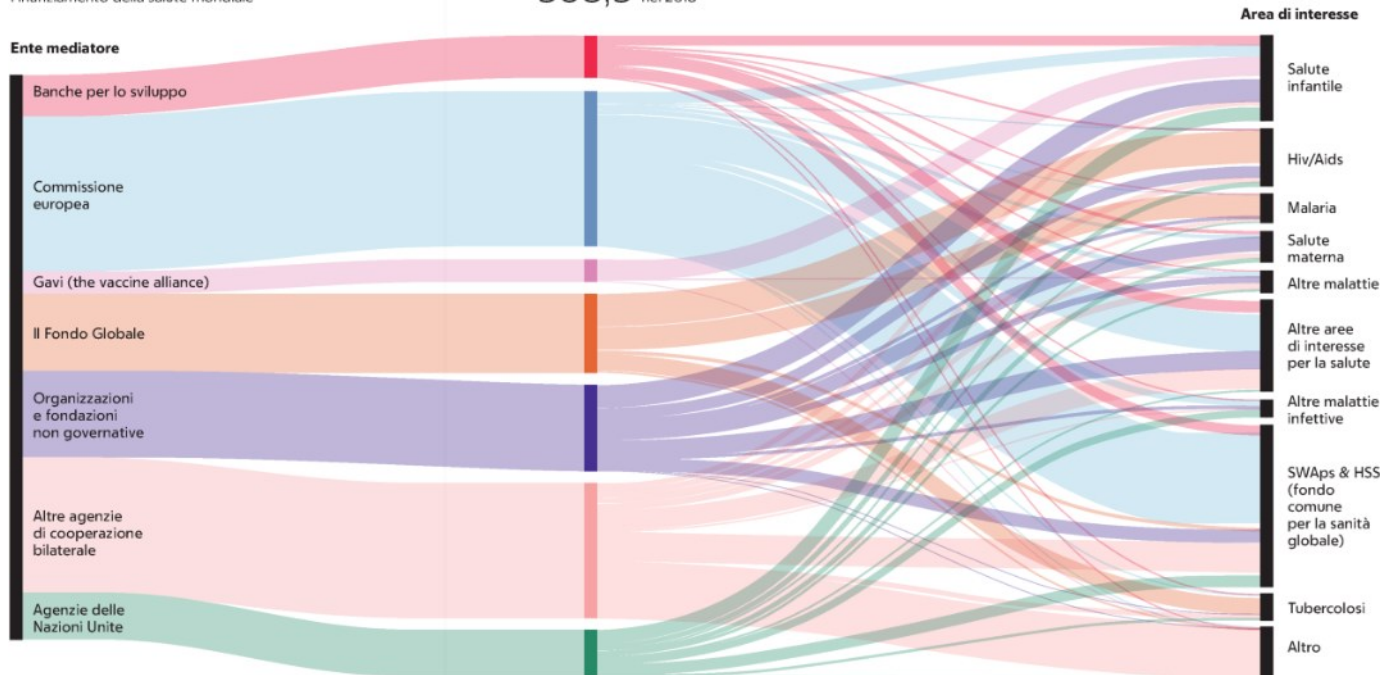
Nei paesi europei  
Spesa in miliardi di dollari



## Come si investono i soldi italiani

Finanziamento della salute mondiale

368,3 milioni di dollari nel 2018



*Il commento*

# Il sistema si salva con politiche su immigrazione e natalità

di **Alessandro Rosina**

Dal punto di vista demografico, ma non solo, possiamo dividere l'intero pianeta in "partes tres". La prima fino alla metà del secolo scorso coincideva con l'intero mondo, ora raccoglie circa metà degli stati, ma è destinata a trovarsi praticamente vuota alla fine di questo secolo. È composta dai paesi con una fecondità superiore ai due figli in media per donna. Il processo di transizione demografica, avviato in Europa nel XIX secolo dopo la sconfitta delle grandi epidemie, prevede che i rischi di morte siano quasi azzerati dalla nascita fino all'entrata in età anziana e che la fecondità scenda fino a posizionarsi attorno a due. Quando, infatti, la probabilità di morte in età prematura è trascurabile, sono sufficienti due figli per sostituire i genitori e mantenere in equilibrio il rapporto tra generazioni. Una fecondità più elevata porta ad una continua crescita della popolazione, se invece è più bassa condanna a un declino. I paesi con numero medio di figli per donna superiore a due non sono più la maggioranza. La metà della crescita demografica fino al 2050 si concentra in otto stati africani e asiatici.

La seconda parte del mondo è formata dai paesi in cui il tasso di fecondità si è assestato poco sotto il valore soglia di due. Questi paesi, come Francia, Stati Uniti, Svezia, Australia tanto per citarne alcuni, tendono a mantenere una popolazione stabile o in crescita solo grazie all'immigrazione. Nella terza parte rientra-

no, invece, gli stati in cui il numero medio di figli per donna è più vicino a 1 che a 2. Qui si trova l'Italia assieme ad altri paesi del Sud ed Est Europa, ma anche dell'estremo oriente come Corea del Sud e Giappone.

Mentre il gruppo dei paesi che rientrano nella prima parte è molto dinamico, con in corso una progressiva smobilitazione verso le altre due parti, queste ultime appaiono abbastanza stabilizzate sui livelli raggiunti. Una volta scesi diventa complicato risalire, perché richiede politiche a sostegno della natalità.

Secondo lo scenario centrale delle Nazioni Unite, il tasso di fecondità su scala mondiale era pari a 5 nel 1950, è oggi pari a 2,5, scenderà sotto la soglia di 2 prima della fine di questo secolo. Esiste una tendenza a portare la fecondità sotto il livello di equilibrio generazionale. Dopo il boom del XX secolo e il rallentamento del XXI, il XXII secolo si presenta come quello del declino. Ma più che la diminuzione della popolazione, la preoccupazione riguarda gli squilibri demografici, che si intrecciano con quelli territoriali e sociali. La distinzione vera sarà tra paesi con una fecondità poco sotto la soglia dei 2 figli, in grado di combinare l'aumento della longevità con il mantenimento di un ricambio della popolazione attiva, e paesi che rimarranno sotto tale soglia. I primi saranno contesti in cui si potrà vivere a lungo e bene, i secondi rischiano di invecchiare male.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Dalle stazioni alle società sportive: defibrillatori ovunque per legge

Defibrillatori in aeroporti, stazioni, porti, a bordo di aerei, treni, navi, mezzi di trasporto pubblici e nelle società sportive. E poi formazione alla rian-

mazione fin dai banchi di scuola. È il contenuto della proposta di legge voluta - dopo tragici fatti che hanno coinvolto minori a scuola e in viaggio - dal

primo firmatario e relatore Giorgio Mulè, deputato FI, e approvata all'unanimità in Commissione Affari sociali.

**Nicoletta Cottone** — a pag. 25

# Dai treni alle società sportive: defibrillatori ovunque per legge

**Urgenze.** In settimana primo sì alle norme per aumentare il numero dei dispositivi. Più formazione già dalla scuola, Iva ridotta per chi li acquista e una app per localizzarli

**Nicoletta Cottone**

**D**efibrillatori in aeroporti, stazioni e porti, ma anche a bordo di aerei, treni, navi, sui mezzi di trasporto pubblici e nelle società sportive. E poi formazione alla rianimazione fin dai banchi di scuola. È il contenuto della proposta di legge fortemente voluta - dopo tragici fatti di cronaca che hanno coinvolto minori a scuola e in viaggio - dal primo firmatario e relatore Giorgio Mulè, deputato di Forza Italia. Un testo calendarizzato in quota Forza Italia, che ha trovato sostegno unanime fra i deputati. Tanto che è stato approvato in commissione Affari sociali all'unanimità ed è il risultato della sintesi di otto proposte di legge. Avrà il via libera della Camera in settimana, per poi passare al Senato per l'approvazione definitiva. Fra gli obiettivi, quello di incrementare la presenza di defibrillatori sul territorio, ampliare la platea dei cittadini in grado di utilizzarli, diffondere l'informazione sull'importanza di un intervento tempestivo fin dai banchi di scuola. «La diffusione dei defibrillatori - spiega il relatore Giorgio Mulè (Fi) - è un punto di partenza per aumentare il numero dei sopravvissuti. Durante le audizioni è stato sottolineato come la possibilità di sopravvivenza diminuisca del 10% per ogni minuto trascorso dall'arresto cardiaco. E la possibilità di avere un danno neurologico aumenta in maniera analogo».

Ogni anno in Europa muoiono per arresto cardiaco 400mila persone e 70mila in Italia: 192 al giorno, 8 ogni ora. E molti muoiono per non aver-

ricevuto tempestivamente i soccorsi. Fra i sopravvissuti in tanti hanno danni permanenti che riducono la qualità della vita e hanno alti costi assistenziali. «In Italia si registrano 143 morti per incendi ed esplosioni e ci sono estintori ogni 30 metri. Bisogna fare in modo che i defibrillatori siano dappertutto». Sul fronte fiscale viene introdotta un'Iva ridotta al 5% per i defibrillatori esterni. Il testo introduce l'obbligo per le sedi di tutta la Pa con almeno 15 dipendenti e servizi aperti al pubblico, di dotarsi entro il 2025 di defibrillatori esterni. L'obbligo è esteso anche ad aeroporti, stazioni ferroviarie e porti, ai mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi e della navigazione interna che effettuano tratte con una percorrenza continuata di due ore. Defibrillatori anche per i servizi di trasporto extraurbano in concessione e per i gestori di pubblici servizi. Obbligatori anche per le società sportive, non solo durante le gare agonistiche, ma anche nel corso degli allenamenti.

Consentito l'uso del defibrillatore anche a chi non abbia frequentato un corso di formazione. «Ampie evidenze scientifiche - spiega il relatore Mulè - dimostrano che chiunque può usare un defibrillatore in sicurezza perché l'analisi del ritmo cardiaco è automatica e il dispositivo impartisce precise istruzioni vocali».

Prevista l'adozione di un'unica App, valida per tutto il territorio nazionale, e di software integrati con le centrali operative regionali del 118, per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei dispositivi di defibrillazione esterni. Una App specifica consentirà di avvisare i volontari im-

mediatamente disponibili: riceveranno l'indicazione in tempo reale del luogo dove si trova la persona in arresto cardiaco e su dove è ubicato il defibrillatore più vicino.

Ci sarà anche l'obbligo di protocolli standard per tutti gli operatori del 118 per impartire le istruzioni a cittadini testimoni di un arresto cardiaco che non hanno mai fatto un corso di formazione. «È dimostrato - ricorda Mulè - che le probabilità di sopravvivenza aumentano se l'operatore fornisce istruzioni telefoniche su come praticare il massaggio cardiaco e usare il defibrillatore in attesa dei soccorsi».

Ancor oggi non esiste una mappa dei defibrillatori disponibili. Al momento dell'acquisto di una apparecchiatura, quindi, il fornitore avrà l'obbligo di comunicare alla Centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria il luogo di installazione e il nominativo dell'acquirente.

Formazione, poi, fin dai banchi di scuola, per studenti, docenti e personale amministrativo, tecnico e ausiliario: alle scuole medie e superiori corsi sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e sull'uso del defibrillatore esterno. «Fondamentale formare le nuove generazioni su strumenti e conoscenze minime



ma decisive in caso di necessità». Poi campagne nazionali di informazione e sensibilizzazione su arresto cardiaco e rianimazione cardiopolmonare e dell'uso dei defibrillatori, con l'obiettivo di aumentare la possibilità di rianimazione da parte di occasionali passanti. Costo di un defibrillatore, meno di mille euro. Una spesa che può salvare la vita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## I NUMERI

# 70mila

### Morti in Italia

Ogni anno muoiono per arresto cardiaco 400mila persone in Europa e 70mila nel nostro Paese: 192 al giorno, 8 ogni ora. E molti muoiono per non aver ricevuto tempestivamente i soccorsi

# 1.000

### Costo di un defibrillatore

Un defibrillatore costa meno di mille euro. Una spesa che può salvare la vita in momenti di emergenza. La possibilità di sopravvivenza diminuisce del 10% per ogni minuto trascorso dall'arresto cardiaco. L'apparecchio impartisce istruzioni vocali

# 5%

### Iva ridotta

La pdl introduce l'Iva ridotta al 5 per cento per l'acquisto di defibrillatori esterni



**IN BREVE****TERAPIE AD HOC****Medicina di genere,  
Italia leader in Europa**

Con l'approvazione di un piano ad hoc "l'Italia è stata il primo Paese in Europa a inserire il concetto di genere in medicina, indispensabile a garantire a ogni persona la cura migliore, rispettando le differenze e arrivando a una effettiva personalizzazione delle terapie". A metterlo in luce è l'Iss sul sito Epicentro. Il piano, concludono i ricercatori, rappresenta un primo risultato molto importante, ma la sua attuazione richiederà un grandissimo impegno da parte dei professionisti, allo scopo di includere in tutte le aree mediche una nuova "dimensione" basata sulle differenze di sesso, non solo in termini biologici e clinici, ma anche culturali e socio-psicologici.



## CHIRURGIA D'AVANGUARDIA PER UNA DELLE PATOLOGIE PIÙ DIFFUSE

# "Missione compiuta"

## La super-protesi ripara l'ernia e poi sa come scomparire

TOMMASO G. LUBRANO

La riparazione di un'ernia inguinale con una piccola protesi che, dopo l'inserimento, fa perdere le proprie tracce nell'organismo-ospite, scomparendo completamente: questa possibilità, oggi, è realtà e rappresenta una cura efficace.

L'ernia inguinale è la patologia più diffusa nell'ambito della chirurgia generale. Solo in Italia si traduce, ogni anno, in oltre 200 mila interventi. Al centro ci sono le reti protesiche, oggi utilizzate di routine in alternativa alla sola sutura dei tessuti: questa tecnica ha conosciuto un'evoluzione tecnologica continua. Così si sono imposte le protesi sintetiche di ultima generazione: costituite da nuovi materiali più biocompatibili e più performanti per aumentare tollerabilità e confort, migliorano la qualità della vita del paziente.

Di peso imitato e ingombro ridotto, di forma e porosità tali da indurre una risposta fisiologica e un'integrazione ottimale nel corpo con minore uso di sostanze estranee, queste protesi ven-

gono fissate ai tessuti in modo «atraumatico» grazie all'uso di colle biologiche. Si tratta di dispositivi essenziali, diventati indispensabili per i centri specialistici. Ma la ricerca non si ferma e consente di superare anche gli ultimi limiti creati dall'impianto di una protesi sintetica: quella biosintetica è riassorbibile dal corpo attraverso l'idrolisi costituita da un monofilamento P4hb (Poly-4-hydroxybutyrate).

Il deposito di collagene e il suo rimodellamento, promosso da questa temporanea impalcatura di sostegno, hanno dimostrato in test preclinici la creazione - in 12-18 mesi - di un tessuto di alta resistenza, indispensabile per la riparazione della parete addominale. Protagonista, appunto, è il P4hb: è un biomateriale studiato anche per applicazioni in settori quali la cardiocirurgia e l'ortopedia, ma è in Italia che è stato usato per la prima volta per l'ernia inguinale.

Nel «Day surgery» alle Molinette-Città della Salute e della Scienza di Torino la protesi è stata inserita in un paziente di 69 anni, affetto da un'ernia inguinale sini-

stra. Con un'incisione cutanea di 4,5 centimetri l'intervento è stato eseguito in anestesia locale e leggera sedazione. Il «follow-up» successivo, con esame a 30 giorni, quindi a tre, sei e 12 mesi anche strumentale, ha messo in evidenza l'assenza di sintomi e di complicanze, con la rete ben posizionata nelle fasi iniziali e il successivo riassorbimento, fino alla scomparsa.

Questo studio, presentato al congresso delle società scientifiche italiane di chirurgia e alla «Smit» («Society of medical innovation technology»), a Seul, in Corea, ha suscitato vivo interesse nella comunità internazionale. Altri dati dovranno essere presi in esame per confermare le potenzialità di questa metodica e, quindi, considerarla il «gold standard» di cura. Di sicuro è stata aperta una porta verso il domani. Obiettivo finale è uno «scaffold» con timer di durata limitata, in grado di innescare una reazione fisiologica il cui esito è l'autoriparazione indotta. Il paziente, così, diventa regista e interprete della propria guarigione. —

© BY NC ND ALLCUN DIRITTI RISERVATI



## «Un grazie per le donazioni: un progetto nel nome del ragazzo»

### APPELLI

**«Faremo comunicazioni su tutti i canali per cercare testimoni»**

**LE PRIME** donazioni sono già arrivate. Chi vuole bene a Leonardo ha seguito la volontà della famiglia che ha chiesto, sia per il giorno del funerale, che dopo, per ricordare lo studente Iti, di devolvere denaro (anziché acquistare fiori) all'associazione Familiari e vittime della strada basta sangue sulle strade onlus». E' il delegato di presidenza, Silvia Frisina, a ringraziare i genitori. «Quando arrivano donazioni generose in memoria di vittime – spiega – cerchiamo di creare progetti ad hoc per ricordare la persona scomparsa. Scegliamo di concerto con la famiglia quale percorso intraprendere».

«A Cervignano del Friuli, per esempio – prosegue – abbiamo organizzato un progetto nelle scuole dove insegna la mamma del ragazzo deceduto. Insomma, ci mettiamo a disposizione della famiglia e non soltanto per realizzare qualcosa in memoria del giovane, ma per qualunque altra incombenza legata all'incidente. Rilasciamo poi una te-

la ai cari come attestato per l'importante donazione fatta».

**ASSOCIAZIONE** che si unisce agli appelli per la ricerca della verità. «Invitiamo la persona che era alla guida del mezzo che, dalla ricostruzione effettuata dalle forze dell'ordine, si trovava davanti alla Vespa a presentarsi alla polizia stradale, così come richiesto dalla stessa. Per fare chiarezza sulla dinamica e aiutare così la famiglia ma anche per dare giustizia a questo ragazzo. Siamo a disposizione per lanciare appelli sui social e qualunque altro canale. Se c'è stata questa turbativa, come sembra, deve venire fuori la verità. Anche se si trattasse di corresponsabilità, speriamo che prevalga il senso civico del guidatore: si faccia avanti per Leonardo».

**IL DELEGATO** di presidenza invita chiunque sappia qualcosa a contattare l'associazione tramite il sito [www.associazionevittimedellastrada.org](http://www.associazionevittimedellastrada.org) o al numero 334-7881201. Informazioni si possono richiedere da tutta Italia a [comunicazione@nonseisolo.it](mailto:comunicazione@nonseisolo.it) o [comunicazione@afvs.it](mailto:comunicazione@afvs.it).

an. cas.



**RICORDO** Il delegato di presidenza dell'associazione nazionale famiglie e vittime della strada, Silvia Frisina



# Travolto in bici: muore in ospedale

La vittima, 49 anni, è deceduta 10 giorni dopo l'incidente | CASINI  
■ A pagina 5

## Investito in bicicletta, muore

*L'uomo, 49enne, deceduto in ospedale dopo 10 giorni*

### INDAGINI

**I testimoni raccontano di una manovra improvvisa del ciclista al centro strada**

**NON HA** mai più ripreso conoscenza dal momento dell'incidente. E' morto dopo quasi 10 giorni in ospedale dove è stato identificato attraverso le impronte digitali. E' sabato 13 luglio quando alle 16:50 circa sull'Aurelia, corsia Viareggio - Pisa, viene investito. La dinamica è stata ricostruita dalla polizia municipale vecchianese. L'uomo si trova in un tratto rettilineo, con condizioni di visibilità ottime, il traffico è intenso. A un certo punto, è come se il ciclista improvvisamente decida di spostarsi verso il centro strada, quasi come se voglia invertire il senso di marcia. La conducente di una Citroen C1, però, nel frattempo, ha già intrapreso la manovra di sorpasso. Da qui l'impatto e la caduta dell'uomo. Una scena confermata dalle persone presenti e concorde con i rilievi degli agenti.

**L'UOMO** viene soccorso dall'ambulanza del 118 chiamata dai presenti. Ma è incosciente e appare subito grave: ha fratture alla testa. Viene identificato soltanto quan-

do ormai si trova nel policlinico di Cisanello, dopo alcuni giorni di ricovero, dalla polizia scientifica di Pisa attraverso rilievi dattiloscopici: si chiama Mohamed Abdellaqui, è nato in Marocco il primo gennaio 1970. E' conosciuto alle forze dell'ordine perché identificato nel territorio del Comune di Viareggio dove ha precedenti.

**IERI** mattina, la morte nell'Unità operativa di Neuroanestesia e Rianimazione. Secondo gli esami disposti dalla municipale aveva un tasso alcolemico superiore a 1 g/l non consentito alla guida di un veicolo, bicicletta compresa. Tutto il caso sarà adesso illustrato alla Procura dove sono stati trasmessi gli atti per valutare eventuali approfondimenti. Si stanno anche cercando i parenti dell'uomo. In tutti questi giorni non ha ricevuto visite.

antonia casini



**SOCCORSI** L'uomo è stato portato in ospedale dove è morto: era gravissimo (foto di repertorio)



# Convenzione, la svolta

Nessun passaggio in Consiglio. Il Comune: «Rispetteremo i tempi»

**Valentina Conte**

**ALLA FINE**, sembrerebbe più facile del previsto, anche se l'attesa è stata eccessiva e snervante. Nei prossimi giorni – nella settimana in corso – sarà annunciata dal Comune la data della firma della convenzione per lo stadio con il Pisa. La conferma arriva da Palazzo Gambacorti che ha «in programma una conferenza stampa per spiegare i dettagli» di un accordo atteso a lungo e che ha visto momenti di collaborazione, ma anche di grande tensione. Troppa volte è stata annunciata la parola «fine» alla telenovela-convenzione, ma questa volta sembra fatta. Con buona pace di entrambe le parti, dell'assessore Latrofa che ha speso ogni

energia per portare a conclusione l'accordo e per il presidente Corrado che stava cominciando a spazientirsi convinto che avrebbe firmato lo scorso anno, poi a gennaio, prima di Pasqua, poi a fine maggio e, infine, prima delle ferie. Lo

ha detto qualche settimana fa lo stesso presidente: «Dovremmo firmare entro il 31 luglio, vorrei prima di andare in vacanza. Spero rispettino gli accordi». La firma implica anche l'accredito al Pisa, da parte del Comune, di 502mila euro. Ora, Corrado partirà senza aver firmato, ma dal Comune arriva la conferma «che i tempi saranno rispettati». Come è possibile? A quanto emerge, la convenzione non passerà in Commissione e nemmeno al vaglio del consiglio comunale, perché nelle intenzioni dell'amministrazione ci sarebbe quello di risolvere la questione con un atto dirigenziale. Contestualmente alla firma della convenzione saranno anche regolarizzate, con un ulteriore atto, le annate precedenti.



**PRESIDENTE**  
Giuseppe Corrado



**IL CASO** LASCIANO IL PRORETTORE VICARIO E ALTRI 3 DOCENTI: «VISIONE VERTICISTICA»

# Terremoto nel governo dell'ateneo Dimissioni nella squadra del rettore

■ A pagina 6

## Dimissioni-choc nella squadra del rettore

*Lasciano il vicario De Francesco, Del Corso, Mura e Barbuti. «Gestione verticistica»***LO SCONTRO****«Venute meno fiducia e stima». «Malesere anche nell'amministrazione»**

**QUATTRO** dimissioni eccellenti a distanza di pochi giorni squarciano la calma apparente dentro l'Ateneo pisano. Quattro dimissioni e una sola causa: sono venute meno stima e fiducia nel rettore **Paolo Mancarella**. Lasciano due prorettrici, **Nicoletta De Francesco** (prorettrice vicaria) e **Antonella Del Corso** (Studenti e Dsu) nonché il presidente della commissione etica **Umberto Mura** e il direttore del Museo di Storia Naturale di Calci, **Roberto Barbuti**. Tutti e quattro grandi sostenitori di Mancarella nella campagna elettorale che lo ha incoronato rettore, tre anni fa, e almeno tre (Mura, Barbuti e De Francesco) a lui legati da anni di collaborazione professionale oltre che di lunga e consolidata amicizia. Il clima in Ateneo e il motivo del malesere, sfociato in queste dimissioni, sarebbe una gestione dell'Università ritenuta sempre più verticistica, la mancanza di fiducia da parte del rettore nei suoi delegati e una generale atmosfera di sospetto che ha minato anche rapporti di lunga data. Dieci giorni fa le prime due dimissioni, quelle di Antonella Del Corso, professore associato di Biochimica e di Umberto Mura, già ordinario di Biochimica. Entrambi contattati da La Nazione, confermano la profonda cesura con il rettore Mancarella.

«**PER ME** – dichiara la professoressa Del Corso – è stato un fulmine a ciel sereno. Non percepivo una situazione che mi avrebbe poi porta-

ta, nel giro di 24 ore, a dimettermi. Le modalità con le quali la vicenda si è svolta mi hanno lasciato profonda amarezza». La ex pro-rettrice agli studenti preferisce non scendere nei dettagli – pare riconducibili a un aspro confronto, documentato anche da lettere, sull'accesso al cosiddetto fondo giovani per i dottorandi, sul quale peraltro era stata interpellata la direzione amministrativa dell'ateneo – che l'hanno portata a rassegnare le dimissioni. Una vicenda sulla quale il giudizio del secondo dimissionario, il professor Mura, è netto: «Il rettore era un mio amico – dichiara a La Nazione –; all'epoca della sua elezione fui un suo grande sostenitore. Un anno fa fui nominato su sua indicazione presidente del Comitato Etica del nostro Ateneo. Conosco Mancarella da tempo, quando io ero preside alla Facoltà di Scienze lo volli come vicepresidente. Insomma – spiega Mura – c'era un grande rapporto di fiducia fra noi. Ma mi son dovuto ricredere per il modo in cui ha gestito la 'cosa universitaria' in questi due anni. E verificare tutto questo mi ha creato non poco dispiacere. La summa delle sue doti – prosegue lo scienziato – erano empatia e capacità di trovare vie comuni d'intesa. Ma l'ultima vicenda, quella cioè che ha riguardato il prorettore Del Corso mi ha indignato più che per il fatto in sé, per come è stata condotta, cioè irrispettosa per la dignità della persona».

**IL PROFESSORE** racconta: «Gli ho subito comunicato la mia indignazione in forma privata e forte, ma lui l'ha valutata come una caduta di fiducia nei miei confronti. Questa – dice con amarezza – è la

conferma di una deriva di distanza dagli altri. Ci sono rimasto molto male, perché il mio messaggio era quello di un amico a un amico che ha commesso un errore, per le modalità con cui è stata trattata la persona in questione. Quando alla fine il rettore mi ha detto che non aveva più fiducia in me, ho comunicato al Senato Accademico le mie più che motivate dimissioni».

**IERI** altri due addii importanti, quelli del prorettore vicario Nicoletta De Francesco e di Roberto Barbuti, il direttore del Museo di Storia Naturale che ieri così scriveva a Mancarella: «Magnifico Rettore, il direttore di un Centro di Ateneo è nominato dal Rettore tra i Professori aderenti al Centro. Ho sempre inteso questa nomina come segno di reciproca fiducia e stima. Dato che, da parte mia, è cessata la fiducia e la stima nei tuoi confronti, sono costretto a rassegnare le mie dimissioni da Direttore del Museo di Storia Naturale». A pesare sono poi le dimissioni della vice di Mancarella, la prorettrice De Francesco, sua grande sostenitrice alle elezioni del 2016 e figura con grande esperienza nell'amministrazione dell'Ateneo. «Non ho condiviso che il rettore abbia subito accettato le dimissioni dei miei colleghi che in tutto questo tempo avevano lavorato con lui – spiega la De Francesco –. Da parte mia sono venute a mancare fiducia e stima nei suoi confronti non condividendone il modo di gestire le persone del nostro Ateneo». E conclude: «Nel clima di sospetto e di dirigismo che si era creato non c'erano più le condizioni per proseguire». E c'è già chi pensa a un déjà vu con il caso Barone/Scuola Normale.

**Eleonora Mancini**



**Il rettore Paolo Mancarella**



**Mura e Del Corso**



**Nicoletta De Francesco**

## ARRIVA LA POLIZIA

### Ubriaco crea scompiglio in ospedale

Un ubriaco molesto e fastidioso ha creato disagi al personale dell'edificio 13 di Cisanello dove, nel pomeriggio, sono intervenuti gli agenti delle volanti per riportare la calma. L'uomo ha iniziato a urlare provocando un minimo di apprensione tra gli operatori e gli utenti. Solo l'arrivo degli uomini in divisa ha consentito all'ambiente di riprendere una serenità guastata dal tipo fuori controllo.



## CASCINA

Incidente  
fra otto auto

**DUE** incidenti particolari ieri mattina a Cascina, per fortuna senza feriti gravi. Qualche difficoltà, invece, si è registrata per il traffico.

Il primo scontro, poco dopo le 9, sulla Toscoromagnola al civico 347 dove sono rimaste coinvolte 8 auto in un maxi tamponamento. Tra i feriti, un ragazzino di 14 anni e un giovane di 29: tutti condici gialli. Problemi per la viabilità ma nessuna situazione sanitaria preoccupante, quindi. Sono state tre le persone soccorse dal 118 che ha inviato sul posto più mezzi. E' stata la polizia municipale a fare i rilievi.

**DURANTE** la mattina, poi, una donna sul viale della Repubblica, la dinamica deve essere ancora ricostruita, ha perso il controllo del mezzo ed è finita su un fianco con la sua macchina. E' stato necessario l'intervento dei vigili del fuoco del distaccamento di Cascina per tirarla fuori dal mezzo. Ma le sue condizioni non erano gravi. E' comunque intervenuta un'ambulanza inviata dalla centrale operativa del 118 che ha trasportato la signora al pronto soccorso per essere visitata.

a. c.



IL DRAMMA DI OSPEDALETTO

# Morto con un coltello nel petto la Procura dispone l'autopsia

Domani l'esame all'istituto di medicina legale per chiarire i tempi del decesso  
Nessun dubbio sul suicidio, ma l'indagine va chiusa con questo accertamento

**I motivi del gesto restano ancorati a un disagio personale mai filtrato all'esterno**

PISA. Non ci sono dubbi sull'origine della morte del 41enne trovato senza vita nella sua auto nel parcheggio tra la Conbipel e Unieuro a Ospedaletto. Ma per definire il capitolo giudiziario di una storia che resta un tormento per amici e familiari dell'uomo, la Procura ha disposto l'autopsia.

L'esame all'istituto di medicina legale è in programma domani e a eseguirlo sarà il professor **Luigi Papi** che già ha svolto una prima ricognizione domenica mattina nella macchina del suicida.

È uno scrupolo investigativo che serve a chiudere il fascicolo con la completezza di un'indagine durata poche ore e coordinata dal magistrato **Miriam Pamela Romano**.

Il tempo di visionare le telecamere esterne di Unieuro e rendersi conto che in quell'auto, dove un passante intorno alle 9 ha visto il corpo di un uomo con un coltello piantato nel petto, non è scesa, né salita alcuna persona. Il 41enne era solo. E nella sua solitudine ha architettato e messo in pratica il suo proposito di addio alla vita.

Lo ha fatto in un modo in cui gli investigatori hanno ipotizzato come prima pista quella dell'omicidio. La lama conficcata all'altezza dello sterno non faceva pensare di primo acchito a un suicidio.

Quando poi nella mano destra dell'uomo è stata tro-

vata una bottiglia di trielina l'idea che alla base del gesto di fosse la volontà di uccidersi ha preso corpo fino a diventare la soluzione del giallo durato il tempo di una mattinata.

Sul perché il padre di famiglia, sposato e papà di un figlio, abbia deciso di togliersi la vita è un argomento che resta confinato nell'ambito della sua famiglia.

Aver perso un fratello per leucemia anni fa e anche il padre, per tumore, erano stati colpi duri da metabolizzare. E anche se c'è stato altro a fare da detonatore al suo piano suicida è un aspetto che era e resta privato. Lo choc per i colleghi e chi lo conosceva è stato quello di avere del 41enne un'immagine solare che neanche con il più complicato degli sforzi di fantasia poteva associarla a quella di una persona che sceglie di farla finita. Ha spiazzato tutti. A partire dalla moglie che ora deve pensare al bimbo. Sull'auto la polizia ha trovato l'ovetto fissato sui sedili posteriori e il passeggino sistemato nella bauliera. Nel cruscotto aveva nascosto il coltello da cucina. Quello che usato per uccidersi dopo aver bevuto la trielina. L'autopsia servirà anche a capire se il decesso è stato istantaneo o se oltre voler morire il padre di famiglia ha voluto infliggersi anche l'ulteriore sofferenza dell'agonia. Domani pomeriggio la salma sarà restituita alla famiglia che potrà così organizzare il funerale. —

**Pietro Barghigiani**

BY NC ND AL CUN I DIR ITTI RIS ER VATI



I rilievi della polizia scientifica sull'auto del suicida (RENZULLO/MUZZI)



IL BORGO ALLE PORTE DELLA CITTÀ

# Pro Loco Coltano svolta a destra E il gran duello finisce in Tribunale

Assemblea pubblica del nuovo consiglio con il sindaco  
«Serve un vero soggetto per la gestione del territorio»

Stamani la decisione sulla sospensiva per le nomine chiesta dall'ex presidente

Francesco Loi

PISA. Terra di conquista. O di svolta politica. Coltano, la frazione della Stazione Marconi, non fa eccezione. Una roccaforte rossa, storicamente. Ma da un anno a questa parte, dopo il successo del centrodestra a trazione leghista a Palazzo Gambacorti, anche il borgo rurale a due passi dalla città è entrato nel turbine del cambiamento. Scenario della battaglia, senza esclusione di colpi, è la Pro Loco. Fino a qualche mese fa il "regno" di **Antonio Dell'Omodarme**, ex presidente dell'ente.

Poi però è tutto cambiato. Come per le municipalizzate, anche per la Pro Loco di Coltano, nei pensieri e nelle strategie del nuovo governo cittadino, è venuto il momento di cambiare registro. E regia. È un pezzo del mosaico del potere e del controllo da esercitare. «I primi messaggi sono arrivati subito dopo le elezioni: sei divisivo, fatti da parte». Mi hanno detto proprio così», racconta Dell'Omodarme.

È stato nello scorso dicembre, quando si è riunita l'assemblea della Pro Loco, che

è cominciato il "disarcionamento".

A tirare le fila, per lo schieramento avverso, un altro personaggio assai noto di Coltano: **Rosario Gino Stefanucci**, agricoltore e ristoratore. Qui si affonda in vicende che intersecano contrapposizioni politiche e storie di paese. Non necessariamente in quest'ordine. Ma che comunque si trasformano in autentici duelli rusticani. Che nel frattempo hanno fatto un ulteriore salto di qualità, se così si può dire, visto che i risvolti sono diventati anche giudiziari.

In pratica, mentre ieri sera il sindaco **Michele Conti** ha "benedetto" il nuovo corso in un'assemblea pubblica, stamani in Tribunale si decide per la sospensiva relativa al consiglio in carica. E per fine ottobre è già convocata l'adunanza dei soci.

È la deriva di un contenzioso che da mesi sta passando per le mani e le mosse dei rispettivi avvocati. Nonostante i continui "inviti", Dell'Omodarme non si è mai dimesso. Nel frattempo ha ricevuto una diffida a firma del legale della controparte. Ed è intervenuto il Tribunale per far convocare l'assemblea e procedere alle nomine. Lo scorso 27 maggio i soci hanno eletto il nuovo consiglio direttivo della Pro Loco: **Rosario Stefanucci** (presidente), **Maurizio Bani** (vicepresidente), **Sandra Fichi**, **Emanuela**

**Tommasi**, **Gianfranco Masiero**. «Tutti leghisti della prima o della seconda ora», dicono gli avversari a ribadire che di "contrattacco politico" si è trattato.

Persino a Palazzo Gambacorti e dintorni non si nasconde la realtà: «C'è una parte che ha vinto e una che ha perso le elezioni: cosa c'è di strano a muoversi di conseguenza?».

Il nuovo corso si è messo all'opera e promette di valorizzare Coltano come mai accaduto prima. «Confermo la volontà insieme a tutto il consiglio direttivo di incrementare l'azione propulsiva della Pro Loco di Coltano nell'applicare quanto previsto dal programma "Borgo di Coltano Tesoro di Pisa", in collaborazione con le realtà istituzionali del territorio che a suo tempo lo condivisero», le parole di Stefanucci appena nominato.

Alla Villa Medicea, uno dei simboli di Coltano, il sindaco Conti ha fatto il punto e delineato le linee guida per il borgo. «Stiamo lavorando per trovare un interlocutore forte che ci affianchi in 3-4 partite importanti. La Villa Medicea deve cambiare ed essere porta di accesso di quella porzione del Parco. Serve un soggetto di gestione vero. C'è un confronto per gli immobili regionali, le Stalle del Buontalenti sono da riqualificare. E poi il tema della Stazione Mar-



coni, dove la soluzione non è facile. Senza dimenticare il problema della cooperativa Le Rene. Un pacchetto di questioni da affrontare e cercare di risolvere nell'insieme», è la posizione del sindaco, peraltro già espressa in altre occasioni. Che Conti fosse all'attacco (anche) su questo versante non c'erano dubbi. I negoziati con la multinazionale Intra-com-Telecom per il recupero della Stazione Marconi erano stati una delle bandiere sventolate da **Andrea Serfogli**, candidato sindaco del centrosinistra, in campagna elettorale. Con Dell'Omodarme a fianco. Per Conti però quell'offerta non è mai stata realmente concreta. Un altro pezzo della battaglia. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



La Villa Medicea, sede della Pro Loco di Coltano



Da sinistra il sindaco Michele Conti, Antonio Dell'Omodarme e Rosario Stefanucci

## POLITICA

# Europeisti di centrosinistra “Italia in Comune” arriva anche in provincia

**A presentare alla città il nuovo gruppo l'on. Serse Soverini e Claudio Baroncini, nominato coordinatore provinciale del movimento**

PISA. Si è costituita in provincia la forza politica “Italia in Comune”, una compagine di area centrosinistra fondata da **Federico Pizzarotti**, già “transfuga” del M5S ed attuale sindaco di Parma. A fare la presentazione alla città del nuovo gruppo, al bar Salvini, c'era l'on. **Serse Soverini**, che fa parte della commissione lavoro, e **Claudio Baroncini**, nuovo coordinatore provinciale del movimento. «Siamo di centrosinistra e quindi siamo aperti al dialogo e confronto con altre realtà politiche a noi vicine», dice Baroncini. La costituzione del nuovo movimento politico è stata fatta in vista delle imminenti elezioni regionali.

«La politica, come da noi intesa, ha come fine la ricerca del bene comune - dice Soverini - e rappresenta la più alta e nobile espressione sociale dell'uomo». Secondo il movimento, «la politica è chiamata a guidare la comunità con trasparenza, responsabilità e senso dello Stato. Le cittadine ed i cittadini, la comunità, le istituzioni sono promotori di proposte concrete. La politica è l'ambito in cui si dialoga e ci si confronta su idee differenti per il bene collettivo, l'ambito in cui si promuove l'attivismo e la partecipazione di tutte le forze sociali ed individuali, al di là delle ideologie che muovono i vecchi apparati partitici tradizionali». Sempre secondo Italia in Comune «la politica deve essere attenta e rispettosa dell'ambiente e delle persone che lo vivono, deve garantire la qualità ambientale e

promuovere azioni di rigenerazione urbana, attraverso la mobilità sostenibile e l'innovazione tecnologica». Un riferimento fisso è alla visione europeista che soffierà a Pisa visto che il movimento sottolinea come «l'Europa sia la casa di tutti noi, figli di popoli e culture diverse, culla della nostra civiltà. Essere cittadini europei significa marciare uniti verso ideali di libertà, uguaglianza e fratellanza. Non può esistere un'Europa senza nazioni, sarebbe una scatola vuota delimitata solo da confini geografici, ma non possono coesistere nazioni senza Europa, che dei singoli Stati rappresenta l'anima». Che Italia in Comune abbia un'anima fortemente europeista lo dimostra la presenza di **Claudio Salati**, coordinatore dei gruppi dell'area pisana di +Europa.

— **Carlo Venturini**

 BY-NC-ND ALGUNI DIRITTI RISERVATI



**La Lente**

## Il made in Italy e il progetto per far rientrare i cervelli in fuga

di **Claudia Voltattorni**

**U**na missione quasi impossibile: far tornare in Italia centinaia di cervelli italiani fuggiti all'estero, oltre 123 mila nell'ultimo anno, il 30% laureati. Ci hanno provato a Londra alcuni grandi marchi del Made in Italy come Ferrari, Chiesi Farmaceutici, Snam, Cdp, Elica e Goldenpoint chiamati dalla start up Employerland che ha selezionato oltre 1.500 italiani che lavorano nella City: «Dobbiamo riprenderci i nostri talenti». Un obiettivo che ha trovato risposta nelle offerte di lavoro delle aziende. E l'80% dei cervelli in fuga selezionati potrebbe presto tornare a casa.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Lo studio

### Il taglia-incolla del Dna previene la sordità nei topi

La tecnica che "taglia e incolla" il Dna, la Crispr-Cas9, ha salvato dalla sordità i topi 'Beethoven', portatori della mutazione genetica che nell'uomo causa una perdita progressiva dell'udito entro i primi 20 anni di vita, proprio come quella che colpì il celebre compositore tedesco. Il risultato è stato ottenuto dai ricercatori della Harvard Medical School e del Boston Children's Hospital. La chiave del successo sta nell'utilizzo di forbici molecolari, derivate dal batterio *Staphylococcus aureus* invece che dal solito *Streptococcus pyogenes*. Nei test sui topi, queste forbici hanno riconosciuto la singola "lettera" mutata in mezzo agli oltre 3 miliardi di "lettere" che compongono il genoma del topo. È stato possibile intervenire in modo mirato disattivando solo la copia difettosa del gene.





**Cara Italia ti scrivo**

di Sara Strippoli

## Elena, "borsa" all'Imperial College "A Londra per la ricerca sull'ictus"



**Mi occupo di  
stimolazione elettrica  
per chi ha lesioni  
cerebrali: una scossa  
innocua che aiuta  
la concentrazione**

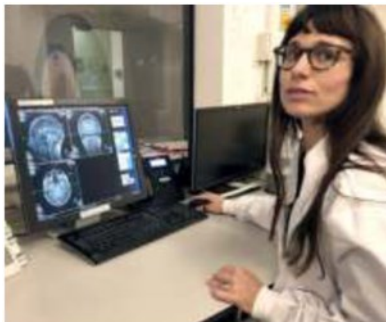


**E**lena Olgiati, 35 anni, vive a Londra da cinque anni, studia e lavora per migliorare la vita di chi ha avuto un ictus cerebrale. Era a un passo dal salire su un aereo per gli States. Poi ha incontrato l'uomo che oggi è suo marito, un ricercatore come lei, ma in filosofia. Così i programmi americani sono saltati e ha preso un volo per la capitale britannica. Nata a Busto Arsizio, Elena Olgiati si è laureata in scienze tecniche e psicologiche alla Bicocca. Poi ha proseguito con la specialistica in psicologia clinica e neuropsicologia. Il praticantato l'ha fatto al Niguarda. La prima tappa londinese è stata al Charing Cross Hospital. Poi il passaggio all'Imperial College, dove si occupa di ricerca clinica per recuperare le capacità cognitive di pazienti che hanno avuto un ictus. «L'Imperial, che è un college molto tecnico e all'avanguardia, mi ha concesso una borsa di studio per sviluppare una mia idea: applicare una stimolazione elettrica sui pazienti che hanno avuto una lesione cerebrale. Una specie di elettroshock ma più focalizzato, una corrente "gentile", molto leggera quasi non si avverte, applicata solo su una porzione del cervello. Dura dieci minuti». L'obiettivo è andare oltre la ricerca teorica, è incidere sulla vita dei pazienti: «Sono uno psicologo clinico, vorrei applicare la ricerca alla clinica. Lavoro direttamente sui pazienti. Il mio obiettivo è far stare meglio i malati che soffrono di una sindrome che si chiama "neglect", molto comune ma molto difficile da trattare. Chi ne soffre dopo aver avuto un ictus, fa fatica a prestare attenzione a qualsiasi

cosa. Dovrebbero fare terapia ma non riescono a seguire le indicazioni, vorrebbero leggere ma non ce la fanno. Non si riesce a parlare con loro perché sono sempre distratti. Ci sono anche pericoli reali legati al mancato mantenimento dell'attenzione: per esempio, capita che in strada non si accorgano di una macchina o di un autobus in arrivo. Cerco perciò di mettere a punto qualcosa che possa aiutarli davvero. Trovare qualche soluzione mi renderebbe felice». Qualche settimana fa, nell'ambito del progetto Native Scientists, Elena Olgiati ha raccontato la sua ricerca ai bambini bilingue della scuola italiana a Londra. «Il workshop che ho tenuto in un mix di italiano e inglese vuole rendere la scienza più divertente e accessibile ai bambini. Con la speranza di ispirarli a una carriera di scienziati. Londra è una città dove si sta bene». E ancora: «In Inghilterra ci sono 4 centri all'avanguardia per le neuroscienze con frequenti occasioni di confronto», continua la ricercatrice che da poco è diventata mamma. «Professionalmente qui sono cresciuta tanto, ma non significa che resterò per sempre. Tutti i ricercatori sono disponibili a spostarsi, ma da quando c'è Leonardo, il primo pensiero è lui». All'Imperial College Elena ha ottenuto una borsa di studio molto prestigiosa: 1700 sterline al mese, circa 1900 euro. «Il livello è molto alto, quando si compete per avere una borsa lo si fa con tutto il mondo», sottolinea la ricercatrice. E la Brexit è una vera e propria spada di Damocle: «Il nostro timore è che i fondi per la ricerca possano diminuire. Per tutelarmi probabilmente farò domanda di cittadinanza e mio marito è in attesa del passaporto inglese». Un ritorno in Italia sembra perciò improbabile ma non escluso: «Sì, certo, sarebbe bello, la mia famiglia vive sul Lago Maggiore e noi amiamo Milano e i laghi. Mi piacerebbe potermi riavvicinare ma non sono disposta a farlo a discapito della ricerca».

©RIPRODUZIONE RISERVATA





▲ **Elena Olgiati**

Di Busto Arsizio, 35 anni, laurea in Scienze tecniche e psicologiche; specialista in Psicologia clinica e neuropsicologia; praticantato al Niguarda. Moglie di un ricercatore e mamma del piccolo Leonardo

## La ricerca

### È colpa dei geni se denti e gengive si ammalano

Tratti ereditari uniti a fattori come l'obesità, l'educazione e la personalità determinano la salute dei denti e delle gengive. Lo rivela una ricerca pubblicata su Nature Communications, il più grande studio fino ad oggi condotto. La nuova meta-analisi ha unito i dati di 9 studi clinici internazionali a cui hanno partecipato 62mila persone, con i dati sulla salute dentale di 461mila persone incluse nella Biobank inglese.

Il team di ricercatori guidato dall'Università di Bristol, ha scansionato milioni di punti strategici nel genoma per trovare geni con collegamenti alle malattie dentali.

Dai risultati è emerso esservi "non solo una correlazione, ma un vero e proprio nesso causale", tra la perdita dei denti e alcuni fattori come fumo, obesità, educazione e personalità.



IL GENETISTA

# Lo scienziato che scova il Dna tossico

—“— efficace che rallenta  
fortemente  
la malattia  
di Huntington  
—”

**Sarei molto sorpreso  
se entro 10 anni  
non avessimo  
un trattamento**

di Tiziana Moricone

**È** la prima volta che viene nel nostro Paese, sebbene il suo cognome, Gusella, suggerisca un'origine italiana. In Veneto c'è persino un monte omonimo. Lui, James, sorridente e distinto signore canadese, lo ha cercato usando la stessa logica che nel 1993 lo aveva portato alla sua più grande scoperta. «Più ti avvicini alla meta - dice - e più incontri persone che ti possono aiutare a trovarla». Le persone, e il loro Dna, sono la chiave di volta di questa storia.

Tutto era cominciato nel 1979 nello sperduto villaggio di Laguneta, sulle sponde del Lago Maracaibo in Venezuela: qui viveva (e vive) la più grande comunità di famiglie colpite dall'Huntington, la malattia che distrugge i neuroni alla base del movimento e di alcune funzioni cognitive. Da lì, ben 4 mila campioni di Dna raccolti da Nancy Wexler, allora neuropsicologa all'Università del Michigan, avevano viaggiato fino a Boston per finire nel lab di Gusella, al Massachusetts General Hospital. Pochi anni dopo, nel 1983, arrivò il primo eureka. «Oggi è molto semplice sequenziare un gene, ma negli anni '80 individuare una mutazione non era facile», racconta Gusella. Per tracciare il gene mutato all'interno della famiglia venezuelana, generazione dopo generazione, l'idea fu di tagliare il Dna utilizzando enzimi batterici e confrontare i frammenti ottenuti con quelli di persone sane, alla ricerca di quell'unico frammento sempre associato alla

malattia. Gusella e il suo gruppo avevano ristretto via via il campo fino all'apice del cromosoma 4. Ma dove era la mutazione esattamente? Per capirlo sono serviti altri 10 anni e l'aiuto di centinaia di famiglie di pazienti. «In questa avventura non abbiamo sviluppato solo la tecnologia, ma una forma di collaborazione unica e molto stretta tra scienziati e persone colpite dalla malattia in tutto il mondo - molte in Italia - metà delle quali avevano un antenato in comune».

La collaborazione continua tuttora, mantenuta viva nel nostro Paese dall'associazione Huntington Onlus, ma molto è cambiato: in questi anni i progressi nella tecnologia hanno ribaltato il modo di guardare alla malattia. Prima partivamo dai sintomi e cercavamo di indovinarne il meccanismo biologico, procedendo per tentativi ed errori. L'approccio ora è esattamente l'inverso: possiamo conoscere il meccanismo e andare ad agire direttamente sul gene o sulla produzione della proteina corrispondente (l'huntingtina, in questo caso, che nella forma mutata è tossica per i neuroni) per ridurne la quantità. Proprio ora è in corso uno studio mondiale (Generation HDI, che coinvolge anche l'Italia) che utilizza questa strategia. «Penso che sia solo l'inizio», continua lo scienziato: «Bisogna essere cauti e realisti, perché prima di tutto dobbiamo dimostrare che le nuove tecnologie sono sicure, ma sarei molto sorpreso se nei prossimi 10 anni non avessimo un trattamento efficace nel rallentare fortemente la malattia. E penso anche che siamo

sulla buona strada per prevenirne i sintomi: magari nel prossimo decennio, ma non troppo oltre. Molto promettente è la tecnica di ingegneria genetica Crispr, che permette di correggere le singole lettere del nostro genoma. Siamo diventati bravi in laboratorio, adesso dobbiamo dimostrare di poterla far funzionare negli esseri umani, e solo nei neuroni di una particolare area del cervello. Intanto dobbiamo continuare a cercare nuovi target per nuovi farmaci sostenendo la collaborazione tra pazienti e ricercatori».

Con questo approccio è stata realizzata una piattaforma che raccoglie il genoma sequenziato di migliaia di persone e che ha permesso di rispondere a una domanda fondamentale: perché, pur avendo la stessa mutazione, alcuni sviluppano la malattia a 60 anni e altri a 20? «Abbiamo capito che questa differenza dipende da altri geni», conclude il genetista: «Ora sappiamo quali sono e possiamo provare a sviluppare farmaci che spostino l'esordio della malattia». Gusella non dice mai io, dice sempre noi. Non è modestia: è la consapevolezza che questa scienza non la si può fare da soli. E quel noi include soprattutto i pazienti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## Chi è James Gusella

### ● La formazione

Tra i più importanti genetisti al mondo, professore di Neurogenetica alla Harvard Medical School e Direttore del Centro di Ricerca sulla Genetica Umana del Massachusetts General Hospital di Boston. Ha avuto un ruolo chiave nella scoperta della mutazione che causa la malattia di Huntington, insieme a David Housman e Marcy MacDonald

### ● La mutazione

La malattia dipende da quante volte si ripete una precisa sequenza di tre lettere del Dna - CAG (citosina, adenina e guanina) - in un punto del gene Huntington (all'apice del cromosoma 4). Se le copie di CAG sono meno di 35 non vi sono problemi, mentre oltre le 36 copie il gene produce una proteina tossica per i neuroni

### ● Non solo Huntington

La sua ricerca si concentra anche sulle cause genetiche dell'autismo e della malattia di Parkinson



ILLUSTRAZIONE DI IVAN CANU

# Qualche micro-filo e basterà il pensiero

## Come Neuralink vuole trasformarci in cyborg

VITTORIO SABADIN

**E**ntro la fine del prossimo anno un paziente completamente paralizzato sarà fatto sedere tra le braccia di un robot. Con un raggio laser la macchina scaverà microscopiche cavità sulla sua calotta cranica, all'interno delle quali saranno inseriti fili più sottili di un capello umano, i cui elettrodi potranno registrare gli impulsi neuronali del cervello. Il paziente potrà così usare un computer, comunicare, muovere braccia meccaniche e dialogare con dispositivi di Intelligenza Artificiale solo utilizzando gli impulsi elettrici del proprio pensiero.

Le aziende di Elon Musk non vanno tutte benissimo e il visionario fondatore di Tesla e Space X è dunque costretto a convocare ogni tanto una conferenza stampa per annunciare agli azionisti nuovi mirabolanti obiettivi. Ma quanto ha detto nell'incontro alla California Academy of Sciences di San Francisco è qualcosa di più di una rassicurazione ai perplessi investitori di Neuralink, che da due anni, cioè da quando la società è stata fondata nel 2017, non hanno avuto alcuna notizia su quanto si stesse progettando nei più segreti laboratori dell'impero di Musk.

Ora lo sappiamo. Neuralink vuole superare gli ostacoli che finora hanno impedito un efficace collegamento tra i neuroni del cervello e i dispositivi esterni che potessero trasformare il pensiero in azione. Riuscirci vorrebbe dire alleviare le sofferenze dei malati di Parkinson e di Alzheimer e delle persone affette da paralisi. Già nel 2006 ci aveva provato una tecnologia chiamata BrainGate,

che aveva permesso a un paziente, Matthew Nagle, di fare qualunque cosa potesse essere fatta premendo un bottone. Nel cervello di Nagle erano stati impiantati solo 96 elettrodi, troppo pochi per ottenere risultati migliori. Inoltre i collegamenti erano stati effettuati con piccoli aghi, non proprio l'ideale per un organo come il cervello che si muove in continuazione e tende a eliminare ogni corpo estraneo.

Neuralink ha fatto importanti passi avanti in tre campi decisivi: utilizza fili microscopici e flessibili al posto degli aghi; non ricorre a chirurgie invasive, ma a qualcosa di simile al Lasik in oculistica; impianta 3072 elettrodi su 96 fili, collegati a una centralina grande come un apparecchio acustico e collocata dietro all'orecchio. Gli esperimenti sui topi hanno dato ottimi risultati, ma Musk ha confessato che il dispositivo è stato sperimentato anche su una scimmia, che è stata in grado di azionare un computer con il pensiero.

La nuova tecnologia è destinata a migliorare la vita di molti, ma non è per questo che Musk l'ha progettata. La sua ossessione è trovare un modo per contrastare la minaccia che l'Intelligenza Artificiale superi quella umana, cosa che a suo giudizio avverrà presto. «Anche nello scenario più favorevole - ha detto - l'IA lascerà indietro quella umana. Tanto vale lavorare in simbiosi e permettere al cervello di dialogare direttamente con i computer. Grazie a questa interfaccia avremo la possibilità di camminare insieme, senza essere superati». Lo raccomandava già Giulio Cesare: «Si non potes inimicum tuum vincere, habeas eum amicum». —

© BY NC ND ALDUNI DIRITTI RISERVATI



## SCENARI ALLE PORTE

# La strategia nanotech che curerà il cervello

MARCO CAMBIAGHI  
UNIVERSITÀ DI VERONA

**P**oiché il robot non si fa uomo - per ora, secondo alcuni, mai secondo altri - allora l'uomo si farà robot. E senza passare da quella via di mezzo che vuole essere l'androide.

Sembra essere questa la teoria su cui si fondano le visionarie idee della Neuralink. Alla base ci sono tecniche che nel campo delle neuroscienze si usano da alcuni anni, soprattutto nella ricerca di base. Quella che si fa nei modelli sperimentali, per intenderci. Il grande passo che promette Musk, però, è l'utilizzo nell'uomo, con un approccio nanotecnologico della medicina che sembra essere la strada giusta da seguire se si pensa al cervello umano. Un chip microscopico associato a migliaia di elettrodi di dimensioni quasi invisibili. Nessuna cicatrice, nessun intervento invasivo nella nostra «scatola nera». Parliamo di un'innovazione tecnologica che fino a un decennio fa era solo immaginabile, come pensare di portare l'uomo su Marte domattina.

Se tutto questo diventerà

realtà - la cosa non dipende solo dall'approvazione della Food&Drug Administration ma, soprattutto, dall'abilità della Neuralink di traslare nell'uomo quanto fatto finora su una scimmia -, allora le possibili applicazioni terapeutiche saranno di enorme impatto, soprattutto visti gli scarsi risultati nel settore delle neuroscienze, se si paragonano ai traguardi ottenuti nella terapia genica, nel cancro o nell'immunologia. Un microchip dietro l'orecchio potrebbe aiutare a ristabilire sensibilità danneggiate come tatto o vista, ma anche al reintegro di funzionalità motorie perse a causa di traumi o patologie croniche.

Ciò che più intriga delle dichiarazioni di Musk, però, sono le possibili applicazioni futuristiche, come il controllo di oggetti con la mente, un'interazione cervello-macchina che realizzerebbe «una simbiosi con l'Intelligenza Artificiale», stando alle sue parole. Non si tratta solo di cambiare il canale alla tv senza bottoni, ma di una trasformazione radicale del modo di approcciarci alla realtà. —

© SYNC.ND.ALCUNI DIRITTI RISERVATI



## Una fabbrica per produrre il sangue universale

PAOLA MARIANO

PAG. 32

TEST IN CANADA "APPROCCIO UTILE ANCHE PER I TRAPIANTI"

# Il sangue diventa universale

## In due enzimi del microbiota c'è la "fabbrica" del gruppo 0

PAOLA MARIANO

**U**n giorno non lontano la cronica carenza di sangue, problema che si acuisce ogni estate, potrebbe essere risolta - e in modo «low cost» - con l'aiuto di un batterio intestinale.

Nel microbiota intestinale sono stati scoperti due enzimi che permettono di convertire il gruppo sanguigno A nel gruppo 0 universale e che potrebbero quindi rivoluzionare l'offerta delle banche del sangue. Reso noto sulla rivista «Nature Microbiology», lo studio è il risultato di un lavoro condotto presso il dipartimento di chimica della University of British Columbia, a Vancouver, in Canada.

I gruppi sanguigni (A, B, AB e 0) sono determinati dalle molecole esposte (oppure assenti) sulla superficie dei globuli rossi. Perché una trasfusione funzioni, ci deve essere corrispondenza tra il gruppo sanguigno del donatore e quello del ricevente. Solo il gruppo 0 non presenta molecole sulla membrana dei globuli rossi ed è per questo che può essere trasfuso a tutti senza provocare reazioni avverse, simili a un vero e proprio rigetto.

Così, mentre i gruppi A, B e AB, possono essere infusi unicamente in persone con corrispondenti gruppi sanguigni, il

gruppo 0 può essere donato a chiunque ed è per questo che viene anche definito «universale». Di conseguenza il sangue di tipo 0 scarseggia quasi sempre nelle banche.

Per convertire il sangue di tipo A nel gruppo 0 bisogna rimuovere dalla membrana dei globuli rossi la molecola N-acetilgalattosamina, o GalNAc, che è una «glicoproteina», legata a uno zucchero. E qui entrano in scena i ricercatori canadesi, diretti da Peter Rahfeld e coordinati da Stephen Withers: hanno trovato una soluzione efficiente ed economica, grazie a sofisticate analisi genetiche su campioni di feci.

Gli specialisti sono partiti da un dato di base: i batteri intestinali sono capaci di digerire gli zuccheri. E così hanno setacciato i campioni di microbiota alla ricerca di enzimi in grado di digerire in modo specifico GalNAc. In questa indagine hanno scoperto che due enzimi, insieme, fanno al meglio questo lavoro: entrambi sono prodotti dal batterio intestinale Flavonifractor plautii.

Sono stati quindi rintracciati nel Dna del microbiota i due geni legati a questi enzimi e a questo punto hanno cominciato a produrre su vasta scala gli enzimi stessi: hanno inserito i «pezzi» di Dna in un microrganismo di laboratorio «tuttofare», l'Escherichia coli, e hanno sfruttato questa «riserva enzimatica»

per convertire con successo campioni di sangue intero di gruppo A in gruppo 0 universale.

I risultati sono promettenti: rendono i due enzimi candidati ideali per la conversione economica di grandi quantità di sangue. «Le trasfusioni salvano tante vite - scrive Rahfeld - Trasfondere sangue di gruppo sbagliato può avere conseguenze fatali. Ma può essere problematico in situazioni di emergenza trovare un donatore compatibile: è per questo motivo che il sangue di gruppo 0 è preziosissimo e scarseggia sempre nelle banche».

«In futuro - aggiunge - speriamo che questi enzimi siano usati su vasta scala per la produzione di sangue universale. Al momento stiamo anche pianificando di testare l'utilizzo di questi e di altri enzimi simili (da isolare sempre nel microbiota) per rimuovere una serie di antigeni specifici dalla superficie di organi e tessuti. Questo approccio - conclude - potrebbe ampliare la disponibilità di organi da trapianto compatibili». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI





## LA SCOPERTA

**Otto geni  
alla base  
dell'anoressia**

Scoperte le basi genetiche dell'anoressia nervosa: nel più ampio studio mai condotto sono stati isolati otto geni, legati a questo disturbo e che hanno un ruolo anche nei disturbi depressivi e nei comportamenti ossessivo-compulsivi. Pubblicata su «Nature Genetics», la ricerca è stata condotta all'Università della Carolina del Nord a Chapel Hill e al King's College di Londra e suggerisce la doppia origine dell'anoressia, sia per le alterazioni metaboliche sia per quelle psichiatriche. Lo studio si è basato sull'analisi dei dati genetici di 17 mila pazienti, confrontati con 55 mila individui di controllo sani.



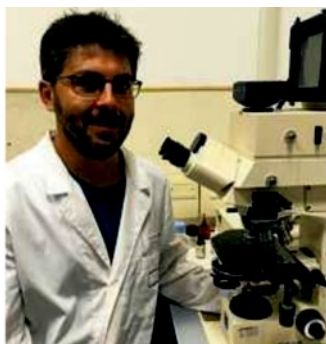
## La sfida dell'immunoterapia contro il tumore al colon

NICLA PANCIERA

PAG. 33

LO STUDIO DI CARMINE CARBONE HA VINTO IL PRIMO PREMIO DEL BANDO DI SANOFI GENZYME

# “Luce verde all'immunoterapia” Progetto contro il tumore al colon-retto “L'obiettivo sono le mutazioni del Dna”



### CARMINE CARBONE

È RICERCATORE NEL LABORATORIO DI ONCOLOGIA MEDICA DEL POLICLINICO GEMELLI DI ROMA

### NICLA PANCIERA

Le cellule neoplastiche sono alcuni dei bersagli del pattugliamento operato senza sosta dal nostro sistema immunitario, come un predatore a caccia di presenze aliene.

Proprio «Predator» è il nome di un progetto di ricerca che mira a capire i meccanismi della resistenza all'immunoterapia da parte del tumore del colon retto, la seconda causa di mortalità oncologica in Italia. «Predator» intende comprendere le ragioni dell'alterato riconoscimento delle cellule tumorali da parte dei linfociti T e studiare il comportamento di alcune cellule - le soppressorie di derivazione mieloide o Mdsc - che aumentano in determinate condizioni patologiche e inibiscono così l'immunità antitumorale.

«Ci serviremo di organoidi

tumorali, miniaturizzazioni in vitro e in 3D che mantengono le proprietà dei tessuti originali», spiega il responsabile del progetto Carmine Carbone, ricercatore del Laboratorio di oncologia medica del «Comprehensive Cancer Center», appena inaugurato al Policlinico Gemelli e diretto da Giampaolo Tortora. Quella degli organoidi è una tecnologia d'avanguardia, che il gruppo multidisciplinare guidato da Carbone combinerà con le tecnologie genomiche come la «Next generation sequencing» e con la bioinformatica nel tentativo di arrivare a nuove conoscenze e sviluppare terapie innovative.

I tumori del colon-retto sono un insieme di neoplasie che colpiscono il colon, il retto, la giunzione retto-sigmoidea e l'ano. Si tratta del secondo tumore più frequente in Italia con 51.300 casi nel 2018 e 18.935 decessi. Cifre ragguardevoli, anche a causa della crescente diffusione dei fattori di rischio: consumo di carni rosse, insaccati e zuccheri raffinati, oltre a fumo, alcol, sedentarietà e sovrappeso. Ma sono coinvolti anche l'anticipazione diagnostica e l'invecchiamento della popolazione.

Questo tumore si può curare: se in uno stadio iniziale la chirurgia, eventualmente associata alla chemioterapia, è in genere risolutiva, nel caso di metastasi si rende necessario un trattamento farmacolo-

gico: consiste nella chemioterapia in combinazione con farmaci a bersaglio molecolare. Quanto all'immunoterapia, la ricerca è frenetica. Spiega il biologo: «Secondo uno studio internazionale, apparso su «Nature Medicine», il cancro del colon-retto si suddivide in quattro categorie, ciascuna con caratteristiche differenti». Che riguardano, ad esempio, il tipo di cellula cancerosa, il metabolismo e le mutazioni genetiche.

All'incirca il 90% dei casi di tumore del colon-retto rientra in questi sottotipi, nei quali a cambiare è anche il livello della «instabilità dei microsatelliti», caratteristica associata alla refrattarietà all'immunoterapia: «Più il tumore è instabile, più il suo Dna va incontro a mutazioni che sono riconosciute dal sistema immunitario e lo rendono più sensibile alle terapie immunoterapiche». Infatti, per i casi più avanzati con microsatelliti instabili, la Food & Drug Administration Usa ha approvato due immunoterapici, gli anticorpi anti-Pd1 pembrolizumab e nivolumab, e poi la combinazione di nivolumab

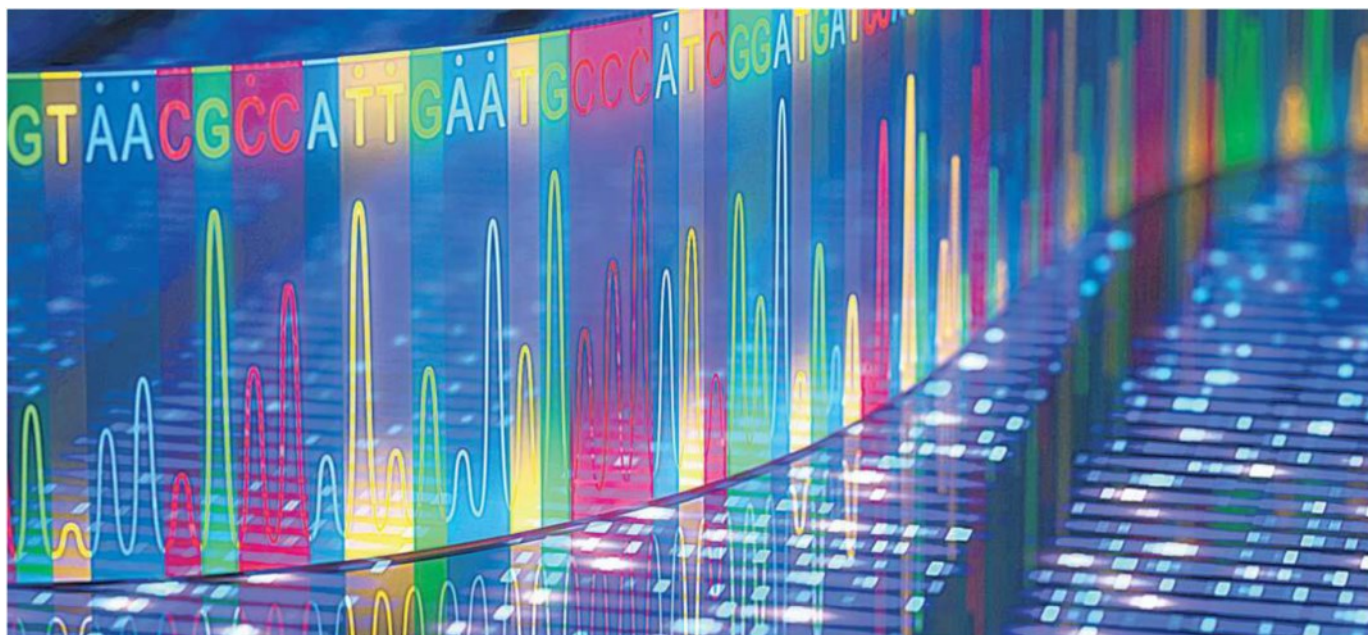


con ipilimumab, anticorpo anti-Ctla4.

«L'obiettivo è duplice - spiega il responsabile di "Predator" -: vogliamo sviluppare una piattaforma di interazione tra organoidi e sistema immunitario e analizzare i meccanismi molecolari. Da qui puntiamo ad arrivare a nuove soluzioni, come interventi di editing genetico con cui sopprimere eventuali geni e altri di sviluppo di "target therapy" contro i bersagli molecolari».

Il progetto è il vincitore assoluto di «Research to care», il bando a sostegno della ricerca indipendente promosso dalla Direzione Medica di Sanofi Genzyme, divisione specialty care di Sanofi. Ha battuto oltre 250 progetti nelle aree di onco-ematologia, malattie rare, neurologia e immunologia. A disposizione ci sono 500 mila euro, equamente suddivisi tra il primo classificato in assoluto e i quattro migliori progetti per ogni area. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Un obiettivo della tecnica di «Next generation sequencing» è creare la carta di identità genetica di ogni tumore



**MARENIA**

**Salotto culturale  
con Liliana Dell'Osso**

Il 25 luglio, per gli eventi di Officine Garibaldi del cartellone di Marenia Non Solo Mare, alla Terrazza Belvedere di Tirrenia, alle 21, nella rassegna Appuntamenti con la cultura, «A tu per tu con Liliana dell'Osso», nota psichiatra e autrice di libri di successo. L'ingresso è gratuito.



## UNIVERSITÀ

# Neuroscienze, in città i migliori esperti europei

**PISA.** Per una settimana 33 studenti, giovani clinici e ricercatori provenienti da tutta Europa hanno potuto formarsi con i maggiori esperti internazionali, imparando come programmare e pianificare ricerche nel campo della riabilitazione per i bambini con disabilità. È il traguardo raggiunto dalla Summer school dell'Università di Pisa organizzata dalla ricercatrice **Giuseppina Sgandurra** e coordinata da **Giovanni Cioni**, docente di neuropsichiatria infantile dell'Ateneo pisano e direttore scientifico dell'Irccs Fondazione Stella Maris.

Il corso di ricercasi è tenuto al Centro congressi "Le Benedettine" ed è cominciato con i saluti di **Paolo Mancarella**, rettore dell'Università di Pisa. Tra i docenti sono stati chiamati i migliori "maestri" presenti oggi in Europa: professori come **Hans Forsberg**, neuroscienziato del Karolinska Institutet di Stoccolma, **Ann-Christin Eliason**, terapista didatta dell'Astrid Lindgren Hospital e del Karolinska, **Arnab K Seal**, pediatra nel NHS inglese e docente all'Università di Leeds, e **Bernard Dan**, neurologo pediatra e riabilitatore all'Università Libre di Bruxelles.

Il Corso ha avuto come partner oltre all'Irccs Fondazione Stella Maris, anche l'European Academy of Childhood Disabilities (Eacd), la Società scientifica europea, dedicata alla promozione della ricerca e della buona pratica clinica per i bambini con disabilità, di cui Giovanni Cioni è presidente. «La Summer School si è chiusa con successo – si legge in una nota –, aprendo nuove prospettive della ricerca nelle neuroscienze». —



## SCUOLA SUPERIORE NORMALE

# In 150 da tutto il mondo per la biologia sintetica

**PISA.** È cominciata ieri la Summer school organizzata dal laboratorio di biologia della Scuola superiore Normale dedicata a un settore di avanguardia della ricerca: la biologia sintetica. Fino a venerdì Palazzo della carovana ospiterà 150 dottori di ricerca, laureati in possesso di un master, accademici e ricercatori, bioingegneri ed esperti arrivati a Pisa da Giappone, Usa, Taiwan, Australia e dal resto d'Italia.

La Summer school su "Synthetic and Systems Biology" è stata la prima scuola estiva internazionale sulla biologia sintetica e quest'anno è giunta alla sesta edizione. L'obiettivo è fare il punto su una disciplina scientifica che promette di riscrivere il codice della vita.

Per discutere dei progressi fatti e del futuro di questa scienza, il direttore del laboratorio di biologia della Scuola Normale, **Antonino Cattaneo**, e **Giuseppe Nicosia** della Cambridge University hanno chiamato docenti di chiara fama internazionale tra cui **Adam Arkin**, Direttore del Center for the Utilization of biological engineering in space-Nasa, e **Jason Chin**, del Medical research council laboratory of molecular biology di Cambridge. —



Antonino Cattaneo



RASSEGNA STAMPA DEL 23/07/2019

Gentile cliente, oggi non è stato possibile monitorare nei tempi la seguente testata a causa di una problematica nella distribuzione della stessa

CAMPANIA : Le Cronache del Salernitano

Appena possibile riceverete gli articoli di Vostro interesse.