

Rassegna del 25/07/2019

AOUP

25/07/19	Nazione	17	Elba, strazio senza fine: c'è la terza vittima	Medici Roberto	1
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	5	Nuovo varco per ambulanze e più fermate per le navette	Quirici Andreas	3
24/07/19	ILTIRRENO.GELOCAL.IT	1	Partorire in stanze dotate di filodiffusione arricchite da colori pastello e da ogni comfort	...	6
25/07/19	ILTIRRENO.GELOCAL.IT	1	Dimenticarono garza nell'addome, ora devono risarcire l'Aoup	...	8
25/07/19	Nazione	17	La «bomba» all'isola d'Elba Terza vittima della tragedia - Elba, strazio senza fine: c'è la terza vittima	Medici Roberto	10
25/07/19	Nazione Pisa	2	Il cantiere per completare il policlinico e la delicata partita per il Santa Chiara - Entro settembre via al cantiere, in pole Salini Impregno	Masiero Gabriele	13
25/07/19	Nazione Pisa	2	Oltre 4mila posti e tre nuovi parcheggi	...	14
25/07/19	Nazione Pisa	2	La hall è come il check-in di un aeroporto	...	15
25/07/19	Nazione Pisa	3	E il Santa Chiara cambierà volto	Vezzosi Guglielmo	17
24/07/19	PISANEWS.NET	1	Aoup. Nuova vita per il percorso nascita al Santa Chiara - PISANEWS	...	18
25/07/19	Tirreno	10	C'è una terza vittima Fuga di gas in cucina - Elba, fuga di gas in cucina. Poi è scoppiato tutto	Taglione Stefano	27
25/07/19	Tirreno Piombino-Elba	6	Villetta esplosa. Sale a tre il bilancio delle vittime - Sale a tre il conto delle vittime della palazzina esplosa	Danesi Antonella	28
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	2	Ucciso dal caldo mentre è in bici pensionato cardiopatico - Muore per un attacco di cuore sotto il sole a quasi 40 gradi	P.B.	31
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	Aggredito a bottigliate gravi lesioni alla testa: ricoverato un trentenne	...	32
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	11	La sanità che non funziona - E ricoverata dopo un'emorragia cerebrale ma le tocca comprarsi il farmaco salvavita	Marcacci Cristiano	33
25/07/19	Tirreno Viareggio	10	Una borsa di studio alla memoria dell'ex maresciallo	...	35

SANITA' PISA E PROVINCIA

25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	11	Il sindaco non è più il garante della salute dei cittadini	Bonadio Emanuele	36
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	14	Nuovo corso per la Bottega della Salute	...	37

SANITA' REGIONALE

25/07/19	Corriere Fiorentino	7	Livorno, c'è il piano per il nuovo ospedale	Gori Giulio	38
25/07/19	Nazione Arezzo	7	Piede diabetico: percorso terapeutico «doc» Al S.Donato la prima certificazione in Italia	...	39
25/07/19	Nazione Firenze	13	Infermieri di Ponte a Niccheri premiati in «Emodialisi»	...	40
25/07/19	Nazione Viareggio	4	Sit in davanti l'ospedale e un appello a Jovanotti	...	41
25/07/19	Tirreno	6	Contratto e stipendi più alti per fermare i medici in fuga	Russo Paolo	42
25/07/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	1	Nuovo ospedale c'è il via libera ma sarà pronto solo nel 2028 - Da Salvetti il semaforo verde all'ospedale parte l'iter, lavori al via dal 2022 per 6 anni	Corsi Giulio	44
25/07/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	1	«Pronti 195 milioni Livorno non può perdere questo treno»	...	47
25/07/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	6	Sanità e area disagiata i due sindaci convocati in Regione	C.b.	48
25/07/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	17	«Un'attesa di sette ore ma per la novantenne non occorre il ricovero»	...	49
25/07/19	Tirreno Viareggio	1	Appello a Jovanotti dei lavoratori Asl nel giorno di sciopero	...	50
25/07/19	Tirreno Viareggio	2	Stop ai prelievi di sangue con infermieri privati: «La Asl torni indietro»	...	52
25/07/19	Tirreno Viareggio	2	Mammografia a prezzi scontati: convenzione tra ICare e i centri privati	...	53

SANITA' NAZIONALE

25/07/19	Avvenire	5	Infermieri: no eutanasia Parigi, provetta per tutte - «Fine vita, nessuno resti solo»	Melina Graziella	54
25/07/19	Avvenire	5	Intervista a Nicola Draïoli - «Reti familiari fragili e diritti sulla carta Serve consapevolezza»	G.Mel.	56
25/07/19	Avvenire	5	Nuova legge una strada c'è	Palmieri Marcello	57
25/07/19	Corriere della Sera Salute	3	L'editoriale - Ci perdono tutti se il primario non fa più il medico	Ripamonti Luigi	58
25/07/19	Corriere della Sera Salute	4	Diabete. Prevenirlo, curarlo, disinnescarlo - La grande epidemia (che si può fermare). La prevenzione può arrestare la «marcia del diabete»	Meli Elena	59

25/07/19	Corriere della Sera Salute	6 Cure più efficaci. Possibili novità nelle linee-guida	E.M.	64
25/07/19	Corriere della Sera Salute	7 La pillola magica non esiste Serve muoversi	E. M.	66
25/07/19	Corriere della Sera Salute	8 Medicina estetica Che cosa valutare prima di scegliere «punturine» o altri trattamenti - Estetica Una scelta informata su bisturi e «punturine»	Martinella Vera	68
25/07/19	Corriere della Sera Salute	9 Cosa fare se si rompono le costole	Martinella Vera	71
25/07/19	Corriere della Sera Salute	10 Infezioni nei bambini Piccole ferite, tagli o punture d'insetti le porte d'ingresso	Meli Elena	73
25/07/19	Corriere della Sera Salute	12 Montagna Con le giuste cautele non è tabù per chi ha avuto problemi di cuore - Montagna per tutti Non è un tabù per chi ha qualche problema al cuore	Marrone Cristina	80
25/07/19	Corriere della Sera Salute	14 Una vita allo specchio Con tutti gli organi al contrario	Gnemmi Alberto	83
25/07/19	Corriere della Sera Salute	15 Rose Marie: 99 anni senza accorgersi di essere «speciale»	Marrone Cristina	85
25/07/19	Corriere della Sera Salute	16 Intervista a Claudio Mencacci - Depressione Perché non si deve confondere con la tristezza Le cause e le cure - Depressione Non è normale tristezza, bensì una vera malattia	Sparvoli Antonella	86
25/07/19	Corriere della Sera Salute	18 Ottima Sanità in Francia Però soffre la provincia	Montefiori Stefano	90
25/07/19	Corriere della Sera Salute	22 Come devono comportarsi con i pazienti Le nuove regole - Sapete come devono comportarsi gli infermieri?	Faiella Maria_Giovanna	93
25/07/19	Corriere della Sera Salute	23 Troppi tagli alla sanità	Fattore Giovanni	96
25/07/19	Corriere della Sera Salute	23 Il punto - Un fondo contro la medicina difensiva	Nucci Paolo	97
25/07/19	Corriere della Sera Salute	23 «Faccio ancora il primario oppure solo il burocrate?»	Scanni Alberto	98
28/07/19	Famiglia Cristiana	26 Uganda nell'ospedale dei miracoli	Scalettari Luciano	100
25/07/19	Giornale	10 Medici, 200 euro in più dopo 10 anni di attesa	Signorini Antonio	106
25/07/19	Giornale	30 Salute, italiani popolo di ottimisti Si fidano di prevenzione e cure	...	108
25/07/19	Italia Oggi	28 E-fatture senza dati personali	Ricca Franco	109
25/07/19	Italia Oggi	31 Firmato dopo 10 anni il contratto dell'area sanità - Medici, 190 euro in più al mese	Damiani Michele	110
25/07/19	La Verita'	13 «Non esistono malattie incurabili»	Guzzo Giuliano	111
25/07/19	La Verita'	14 Per i medici 200 euro in più al mese	Biraghi Sarina	112
25/07/19	Libero Quotidiano	14 Ai medici 200 euro in più (ed è pure poco)	Man.Cos.	113
25/07/19	Mattino Napoli	27 Sanità, De Luca attacca il prefetto - Clan, 007 in ospedale De Luca: «Buffonata»	Del Gaudio Leandro	114
25/07/19	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	3 Sanità, la fotografia dello scippo: il Nord assume 10 volte più che al Sud	Damiani Vincenzo	116
25/07/19	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	4 Gli scheletri nell'armadio del Veneto - Scandali strade e mense d'ospedale il Veneto non si fa mancare nulla	Marincola Claudio	117
25/07/19	Sole 24 Ore	9 Briciole per i medici dopo dieci anni	Gobbi Barbara	119
25/07/19	Sole 24 Ore	9 Sanità, meno medici dall'Est I tedeschi li pagano il doppio - Bloccato l'arrivo di medici dalla Romania	B.Gob	120
25/07/19	Stampa	13 Intervista a Pierino Di Silverio - "A 41 anni sono precario e spero nel concorso Ho pagato gli studi andando a fare le pulizie"	Pa.Ru.	121
25/07/19	Stampa	13 Nuovo contratto e stipendi più alti per evitare la fuga dei medici	Russo Paolo	122
25/07/19	Tempo	12 Firmato il nuovo contratto dei medici	Conti Valentina	123
25/07/19	Tempo	14 Falso, truffa e corruzione Sei arresti	F.M.	124
CRONACA LOCALE				
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	4 Ospedaletto, la riqualificazione parte da una base di 1,4 milioni	Bartolini Samuele	125
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	9 L'ex assessora di FdI consiglia la canapa aduso terapeutico	S.c.	127
25/07/19	Nazione Pisa	4 Muore dopo il malore in bici sul ponte	...	129
25/07/19	Nazione Pisa	4 LESIONI Donna ferita e sangue in cas Denunciato il compagno	A.c.	130
25/07/19	Nazione Pisa	4 «Sono stanco, vado a riposarmi» Muore nel sonno noto pasticciere	...	131
25/07/19	Nazione Pisa	5 Tra Comune e Regione intesa per riqualifi care l'area industriale - Il rilancio di Ospedaletto	...	132
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1 «Comune assente», Pisa perde il Festival della robotica - La robotica pisana perde il suo Festival «Un danno enorme per tutta la città»	Boi Giuseppe	133
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1 «Dalla Robotown alla Robot valley» Mosca rilancia e pensa alla Valdera	G.B.	135
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	2 Stroncato da un infarto mentre è in casa pasticciare di 48 anni	...	136

25/07/19	Tirreno	11 Intervista a Franco Mosca-La Pisa leghista taglia il festival della robotica «Noi ignorati» - Pisa, la Lega scarica la città dei robot Il Comune ci ignora il Festival non si fa»	<i>Boi Giuseppe</i>	137
POLITICHE SOCIALI				
25/07/19	Nazione Pisa	7 Servizio taxi per i disabili	<i>Martino Andrea</i>	140
25/07/19	Tirreno Pisa-Pontedera	4 Un nuovo servizio taxi per le persone disabili	<i>...</i>	141
RICERCA				
25/07/19	Corriere della Sera	21 La carica dei 14 mila ultracentenari Siamo il Paese più longevo nella Ue	<i>Er.Del</i>	142
25/07/19	Corriere della Sera	43 Sperimentazione sugli animali, i toni per discuterne	<i>Giorello Giulio - Sinigaglia Corrado</i>	144
25/07/19	Libero Quotidiano	1 «Ho scoperto le cellule anti-cancro» - «Ho scoperto al computer le cellule che fermano il cancro»	<i>Osmetti Claudia</i>	145
25/07/19	Repubblica Scienze	14 Dalla polvere costruiamo il futuro	<i>Venturi Ilaria</i>	147
UNIVERSITA' DI PISA				
25/07/19	LIVE	40 Intervista a Simone Tempesti - Una borraccia per invertire la rotta	<i>Cupellaro Fiammetta</i>	150
25/07/19	Nazione	18 Intervista ad Andrea Zugarini - Dante e Petrarca, l'algoritmo è poesia	<i>Piccini Michela</i>	154

25/07/19	Comunicazione agli Abbonati	1 Comunicazione agli abbonati	<i>...</i>	156

Elba, strazio senza fine: c'è la terza vittima

Nulla da fare anche per il pensionato ricoverato a Pisa dopo lo scoppio della palazzina

PORTOFERRAIO (Livorno)

CONTINUA a piangere l'isola d'Elba. Sale a tre il bilancio delle vittime dell'esplosione in via Enrico De Nicola, nella quale martedì hanno perso la vita Silvano Pescatori, 68 anni, bancario in pensione residente a Livorno e la moglie Grazia Mariconda, 76 anni, originaria di Serino (Avellino). Anche Alberto Paolini, 76 anni, campese trasferitosi a Portoferraio e a lungo gestore di uno stabilimento balneare a Marina di Campo, non ce l'ha fatta. E' morto nella notte a Pisa all'ospedale di Cisanello, dove era stato trasferito in condizioni critiche con l'elisoccorso dopo essere stato estratto dalle macerie.

Le ustioni di terzo grado sul 90 per cento del corpo riportate nella deflagrazione che ha raso al suolo la palazzina a due piani dove abitava si sono purtroppo rivelate impossibili da curare. Il suo cuore ha cessato di battere poco prima di mezzanotte.

Al momento dell'esplosione Alberto Paolini era al pianterreno con la moglie Silvia Pescatori, 75 anni, portoferraiese. Con loro c'era anche la figlia Lisa Paolini, 46 anni, che vive a Larino (Campobasso) ed era arrivata all'Elba da un paio di giorni a trovare i ge-

nitori.

L'esplosione ha scaraventato le due donne fuori dallo stabile. Lisa Paolini ha riportato ustioni sul 50 per cento del corpo ed è stata anch'ella ricoverata nel centro grandi ustionati di Cisanello. E' in prognosi riservata, ancora in pericolo di vita, ma le sue condizioni sono stabili. Anche la madre è grave. Rimasta ustionata sul 20 per cento del corpo, la donna è stata colpita alla testa dai calcinacci che le hanno causato un trauma cranico con una lieve emorragia interna. Da qui la necessità del ricovero nel reparto di neurochirurgia a Livorno.

Intanto proseguono le indagini per chiarire le cause dello scoppio e del conseguente crollo della palazzina. L'esplosione per puro caso non ha interessato un'ala attaccata alla struttura crollata, adibita a zona notte, dove stavano dormendo altre tre persone che sono rimaste incolumi. Sulla tragedia la Procura della Repubblica di Livorno ha aperto un'inchiesta coordinata in prima persona dal procuratore capo Ettore Squillace Greco, che ieri mattina ha raggiunto l'Elba per effettuare un sopralluogo insieme ai carabinieri della compagnia di Portoferraio e ai vi-

gili del fuoco. L'area interessata dall'esplosione già da martedì, terminate le operazioni di recupero delle vittime, è stata posta sotto sequestro unitamente alle sette bombole di gas, tutte quante intatte, trovate in diverse punti all'esterno della palazzina.

«Stiamo cercando di capire – ha detto il procuratore capo – come è successo. Il gas è l'ipotesi più ragionevole. Per cosa procediamo? Questo è un disastro».

L'IPOTESI più accreditata sembra essere dunque quella di una grossa fuga di gas gpl, determinata probabilmente al malfunzionamento di un tratto della tubazione interna. Il gpl è l'unico tipo gas utilizzato all'Elba per il riscaldamento e l'uso di cucina, perché l'isola non è servita da un metanodotto, non conveniente da realizzare per le poche utenze.

La tragedia di martedì ha gettato nel lutto l'intera isola. Un'isola sommersa dalle attestazioni di cordoglio, tra le quali anche quella del sindacato Spi-Cgil, di cui Silvano Pescatori era membro del direttivo provinciale di Livorno. Gli ex colleghi lo ricordano come persona generosa che amava anche scrivere poesie.

Roberto Medici





LE INDAGINI

L'ipotesi più accreditata è quella della fuga di gpl da una tubazione interna

DISASTRO Vigili del fuoco al lavoro fra le macerie della palazzina crollata per l'esplosione



Alberto Paolini, la terza vittima

Nuovo varco per ambulanze e più fermate per le navette

Cambia la viabilità all'interno di Cisanello in attesa dell'avvio del maxi cantiere
Dal primo agosto ci sarà anche un bus rapido dal parcheggio all'ingresso

PISA. Prossima data di avvicinamento alla grande rivoluzione di Cisanello, per la realizzazione del nuovo Santa Chiara, è il primo agosto. Tra una settimana esatta, infatti, ci saranno un paio di importanti e significativi cambiamenti nella logistica dell'ospedale pisano. Il primo è l'apertura del cosiddetto Varco 4, vicino al parcheggio C, da cui entreranno e usciranno le ambulanze e i mezzi dell'ospedale. Il secondo è l'introduzione di percorsi diversi dei bus navetta con l'aumento delle fermate e l'inserimento di una linea veloce.

CANTIERE INFINITO

Miglioramenti in attesa che arrivi la tempesta che stravolgerà le abitudini di chi frequenta Cisanello. E a giudicare dalle polemiche e il caos dopo l'inserimento dei percorsi dall'ingresso unico ai reparti segnalati da colori, ci sarà da vederne delle belle. O delle brutte se si guarda la situazione con gli occhi di chi affronta una malattia o un esame importante ed è costretto a fare i conti con un cantiere imponente, invasivo e che spezzerà in due la struttura. Il nuovo Santa Chiara, infatti, sorgerà a ridosso dell'attuale pronto soccorso con la presenza di operai, scavatrici e gru per

quattro anni circa. L'area dei lavori s'inserirà nell'area dei padiglioni 30 e 31 (quest'ultimo è il pronto soccorso, appunto). È qui che la ditta assegnataria della gara aprirà uno scavo di sei metri.

PARCHEGGI E PERCORSI

«I parcheggi hanno fatto tanto discutere – dice **Rinaldo Giambastiani**, responsabile dell'unità operativa Progetti e Contabilità dell'Azienda

da ospedaliero-universitaria pisana (**Aoup**) – ma sono stati realizzati per il nuovo ospedale. Non per il vecchio. Idem per i percorsi colorati. Volevamo controllare meglio i flussi e creare un'organizzazione migliore, rispetto al concetto di ospedale fatto da tanti padiglioni con singoli ingressi. In questa maniera, si cammina all'interno della struttura in maggiore comfort e sicurezza. Prima ci arrivava una richiesta di risarcimenti a settimana per cadute su marciapiedi. Oggi non ne riceviamo più».

VARCHI PER AMBULANZE

Guardare al futuro, pensando a Cisanello, anzi al nuovo Santa Chiara, è affascinante. Ma è anche preoccupante se si pensa ai disagi per i cittadini e i lavoratori del policlinico. Meglio fare un passo alla volta e considerare l'apertura del Varco 4 del primo agosto come uno step di avvicinamento. L'ingresso è già visibile. I lavori dalla parte di via Pinchera sono in corso. Da qui entreranno le ambulanze che avranno a disposizione il già attivo Varco 6 in via Selli.

PIÙ FERMATE PER I BUS

Il primo agosto sarà anche il giorno in cui scatteranno i cambiamenti per la mobilità interna a Cisanello. Tre bus a disposizione di pazienti e familiari. «Due percorreranno il perimetro, uno in senso orario e l'altro in senso antiorario con undici fermate ciascuno e non più le nove attuali – aggiunge Giambastiani –. Il terzo, invece, sarà un collegamento veloce dal parcheggio all'ingresso dell'ospedale». E a questo proposito, il responsabile dell'unità operativa Progetti e Contabilità dell'Aoup aggiunge che



sta per partire l'operazione che consentirà d'installare nelle varie sale di attesa i monitor su cui sarà indicato l'orario delle navette con le coincidenze per i bus del trasporto pubblico cittadino e i treni. Tra le novità delle prossime settimane anche la creazione di una cosiddetta "camera calda" all'ex ingresso C del padiglione 30: una sorta di stanza per l'arrivo di ambulanze con pazienti che hanno problemi di deambulazione.

STRADA SPOSTATA

Il primo agosto, poi, partirà un altro intervento di miglioramento della mobilità interna al perimetro ospedaliero. Tra il padiglione numero 10 e il 29, infatti, sarà spostata la carreggiata destinata alle auto e sarà realizzato un passaggio per i pedoni a ridosso della palazzina 10. «In questa maniera renderemo più sicuro il passaggio delle persone in questo tratto di viabilità interna – sottolinea Giambastiani – creando anche una pista dedicata ai disabili verso il padiglione

29».

DAL SANTA CHIARA

Piccoli cambiamenti che anticipano la trasformazione di un ospedale ritenuto di eccellenza in Toscana a un centro che aspira a diventare uno dei migliori anche in Europa. E che vedrà l'arrivo di reparti dal "vecchio Santa Chiara" come ginecologia e ostetricia, pediatria, oncologia, centro senologico, neurologia, ematologia e stomatologia.

Andreas Quirici

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

ACCESSO RISERVATO

Ingresso dal parcheggio dedicato ai dipendenti

Un'opera imponente che invaderà la vita di tanti lavoratori che ogni giorno si recano a Cisanello per l'attività quotidiana. Medici, infermieri, operatori socio-sanitari e personale amministrativo dovranno portare pazienza. Per loro ci sarà un passaggio dedicato dal parcheggio riservato con ingresso custodito che ne garantirà la sicurezza durante il completamento dell'ospedale.



NUOVO SANTA CHIARA

A giorni è attesa il nome della ditta che farà i lavori

A breve sarà depositata la sentenza del Consiglio di Stato necessaria a conoscere chi tra Inso, Pessina e Salini-Impregilo costruirà il nuovo Santa Chiara (importo 250 milioni di euro) e si occuperà della manutenzione per i prossimi nove anni (230 milioni). Il passaggio precedente alla firma del contratto di appalto, però, è il pagamento della caparra da 12,5 milioni per l'acquisto del "vecchio Santa Chiara" da parte della ditta edile vincitrice della gara. A quel punto si andrà alle firme del primo contratto da cinque milioni che prevede la realizzazione in sei mesi di opere preliminari. Successivamente si ratificherà l'accordo definitivo per l'avvio del cantiere vero e proprio che in tre anni e mezzo dovrebbe consegnare alla città il nuovo Santa Chiara.

NOVITÀ IN VISTA



L'ospedale Cisanello sta cambiando. Dal primo agosto sarà aperto il Varco 4 in via Pinchera (indicato dal dirigente dell'Auop Rinaldo Giambastiani nella foto grande); nello stesso giorno cambierà la viabilità delle tre navette, di cui due effettueranno il percorso lungo il perimetro (a destra in alto), mentre un'altra collegherà il parcheggio all'ingresso (a destra in basso)

(FOTO FABIO MUZZI)

ILTIRRENO.GELOCAL.IT

Partorire in stanze dotate di filodiffusione arricchite da colori pastello e da ogni comfort

PISA. «Vivere la gravidanza nel migliore dei modi, che essa sia un evento gioioso e fisiologico sia che comporti gravi complicazioni per la madre o il nascituro». Con questo spirito, dopo tre mesi di cantiere, il direttore dell'unità operativa di Ostetricia e Ginecologia 1, Tommaso Simoncini, apre le porte del nuovo blocco parto all'ospedale Santa Chiara. La paziente d'ora in poi avrà a disposizione tre stanze, con impianto di filodiffusione e pareti dipinte in colori pastello, dotate di tutti i servizi accessori, in cui vengono assistite tutte le fasi del parto, dal travaglio al post partum, garantendo la permanenza del neonato con la mamma sin dal momento della nascita e favorendo così il contatto pelle a pelle, con tutti i benefici che esso comporta come la regolazione di temperatura corporea, la frequenza cardiaca, il livello di glucosio.

«La madre, al momento del parto, sta in una stanza e basta e ci sta con il proprio partner. Non avranno bisogno di muoversi a meno che non ci sia bisogno di interventi chirurgici e la sala operatoria, rinnovata, è qui accanto», continua Simoncini. È stata realizzata una camera per l'osservazione sub-intensiva, dotata di nuova strumentazione tecnologica, per le donne che necessitino di monitoraggio dopo il parto o dopo un taglio cesareo e due stanze post partum con arredi ideali per favorire l'attaccamento precoce al seno.

Due le camere per assistere il travaglio di donne con gravidanza patologica. Sono stati eseguiti lavori di manutenzione ordinaria anche nelle due sale parto preesistenti e nella sala operatoria del blocco parto, e sono stati ristrutturati i servizi igienici. In tutti i nuovi ambienti è possibile svolgere attività di simulazione ad alta fedeltà, coadiuvati dal "Centro Nina" che permette un training continuo del personale, garantendo così elevati standard assistenziali.

«Sono molto soddisfatta di questi risultati – dice la direttrice generale dell'Aoup Silvia Biani – perché rendono merito al lavoro di tutti i professionisti attivi nel percorso nascita. La ristrutturazione degli ambienti del Santa Chiara era quantomai necessaria, ben sapendo che la situazione ottimale potrà essere raggiunta con il completamento del nuovo ospedale e il trasferimento definitivo a Cisanello».

Al taglio del nastro c'era anche il sindaco Michele Conti che ha detto: «Mi complimento con la direzione dell'Aoup per questa scelta, il reparto aveva bisogno di essere rinnovato e hanno deciso di farlo pur trovandosi in un momento di transizione. Il tema della natalità mi sta molto a cuore, e la sosteniamo col bonus bebè da 500 euro per i nuovi nati nel 2019».

L'assessore regionale alla salute Stefania Saccardi aggiunge che «questo è un punto di forza assoluto per le gravidanze a rischio e si è dato vita ad una ristrutturazione finalizzata alla presa in carico della donna con un percorso individuale».

Presente anche l'arcivescovo Giovanni Paolo Benotto: «Questo luogo mi è familiare. Qui sono nato e lì accanto sono stato battezzato. Rendiamo questo luogo vivo e colmo di speranza. Meno bambini nascono, meno speranza c'è». —

ILTIRRENO.GELOCAL.IT

Dimenticarono garza nell'addome, ora devono risarcire l'Aoup

PISA. Per nove mesi ha avuto nel suo addome un'inquilina a sua insaputa. Non era una gravidanza. Né una presenza silente. Anzi. Le sofferenze con dolori come spade infilate nella pancia, all'apparenza senza motivo, alla fine trovarono una spiegazione. Nel corso di un intervento alla prostata era stata dimenticata una garza di 10x10 cm.. Il paziente fu costretto a operarsi di nuovo per la rimozione del corpo estraneo. E poi fece causa all'ospedale che lo risarcì con 12mila euro. L'Aoup segnalò come prassi l'episodio alla Corte dei conti che ora ha imposto a tre medici e a una strumentista di rimborsare all'ospedale il costo di un risarcimento ritenuto doveroso anche dalla consulenza del medico legale incarico dall'Azienda ospedaliera.

Si tratta del primo operatore, il dottor Paolo Casale; il secondo dottor Renato Felipetto; il terzo, il dottor Marcello Cosci o Di Coscio; il quarto, la strumentista dottoressa Debora Di Rocca. A parte Felipetto gli altri sono stati ammessi al rito abbreviato. Per il medico, giudicato in contumacia, è arrivato il giudizio ordinario con la condanna a pagare 3mila euro all'Aoup.

La storia inizia con un intervento di prostatectomia il 23 marzo 2004 nel reparto di Urologia 2. Dopo le dimissioni dall'ospedale il paziente iniziò a stare male. Decise di fare alcuni accertamenti tra cui un esame urografico che mostrò la presenza di un corpo estraneo. Un piccolo mistero risolto il 14 dicembre dello stesso anno: quella macchia oscura che si vedeva nelle radiografie era una garza.

«È evidente che, nel caso di specie, la verifica verbale tra operatore e strumentista è stata omessa o non è stata eseguita con il dovuto scrupolo – scrive la Corte dei conti - causando un errore grossolano determinato dall'omissione o dalla trascuratezza nell'esercizio di un'attività che non presenta particolari difficoltà, ma che costituisce una procedura di routine che richiede soltanto l'esercizio della normale diligenza».

Nel 2004 non c'erano linee guida sul punto che arriveranno solo nel 2008. Ma «la mancanza di protocolli all'epoca dei fatti non esime da responsabilità in quanto la dimenticanza di una garza nel corpo del paziente costituisce evento largamente prevedibile e prevenibile. Sussiste, quindi, l'elemento soggettivo della colpa grave che,



in campo medico, si verifica qualora si siano verificati errori non scusabili per la loro grossolanità o l'assenza delle cognizioni fondamentali attinenti alla professione o il difetto di quel minimo di perizia tecnica o vi sia stata ogni altra imprudenza che dimostri superficialità e disinteresse per i beni primari affidati alla cura dei sanitari». —

SI AGGRAVA IL BILANCIO DOPO L'ESPLOSIONE DELLA PALAZZINA

La «bomba» all'isola d'Elba Terza vittima della tragedia

MEDICI ■ A pagina 17



Elba, strazio senza fine: c'è la terza vittima

Nulla da fare anche per il pensionato ricoverato a Pisa dopo lo scoppio della palazzina

LE INDAGINI

L'ipotesi più accreditata è quella della fuga di gpl da una tubazione interna

■ PORTOFERRAIO (Livorno)

CONTINUA a piangere l'isola d'Elba. Sale a tre il bilancio delle vittime dell'esplosione in via Enrico De Nicola, nella quale martedì hanno perso la vita Silvano Pescatori, 68 anni, bancario in pensione residente a Livorno e la moglie Grazia Mariconda, 76 anni, originaria di Serino (Avellino). Anche Alberto Paolini, 76 anni, campese trasferitosi a Portoferraio e a lungo gestore di uno stabilimento balneare a Marina di Campo, non ce l'ha fatta. E' morto nella notte a Pisa all'ospedale di Cisanello, dove era stato trasferito in condizioni critiche con l'elisoccorso dopo essere stato estratto dalle macerie.

Le ustioni di terzo grado sul 90 per cento del corpo riportate nella deflagrazione che ha raso al suolo la palazzina a due piani dove abitava si sono purtroppo rivelate impossibili da curare. Il suo cuore ha cessato di battere poco prima di mezzanotte.

Al momento dell'esplosione Alberto Paolini era al pianterreno con la moglie Silvia Pescatori, 75 anni, portoferraiese. Con loro c'era anche la figlia Lisa Paolini,

46 anni, che vive a Larino (Campobasso) ed era arrivata all'Elba da un paio di giorni a trovare i genitori.

L'esplosione ha scaraventato le due donne fuori dallo stabile. Lisa Paolini ha riportato ustioni sul 50 per cento del corpo ed è stata anch'ella ricoverata nel centro grandi ustionati di Cisanello. E' in prognosi riservata, ancora in pericolo di vita, ma le sue condizioni sono stabili. Anche la madre è grave. Rimasta ustionata sul 20 per cento del corpo, la donna è stata colpita alla testa dai calcinacci che le hanno causato un trauma cranico con una lieve emorragia interna. Da qui la necessità del ricovero nel reparto di neurochirurgia a Livorno.

Intanto proseguono le indagini per chiarire le cause dello scoppio e del conseguente crollo della palazzina. L'esplosione per puro caso non ha interessato un'ala attaccata alla struttura crollata, adibita a zona notte, dove stavano dormendo altre tre persone che sono rimaste incolumi. Sulla tragedia la Procura della Repubblica di Livorno ha aperto un'inchiesta coordinata in prima persona dal procuratore capo Ettore Squillace Greco, che ieri mattina ha raggiunto l'Elba per effettuare un sopralluogo insieme ai carabinieri della compagnia di Portoferraio e ai vi-

gili del fuoco. L'area interessata dall'esplosione già da martedì, terminate le operazioni di recupero delle vittime, è stata posta sotto sequestro unitamente alle sette bombole di gas, tutte quante intatte, trovate in diverse punti all'esterno della palazzina.

«Stiamo cercando di capire – ha detto il procuratore capo – come è successo. Il gas è l'ipotesi più ragionevole. Per cosa procediamo? Questo è un disastro».

L'IPOTESI più accreditata sembra essere dunque quella di una grossa fuga di gas gpl, determinata probabilmente al malfunzionamento di un tratto della tubazione interna. Il gpl è l'unico tipo gas utilizzato all'Elba per il riscaldamento e l'uso di cucina, perché l'isola non è servita da un metanodotto, non conveniente da realizzare per le poche utenze.

La tragedia di martedì ha gettato nel lutto l'intera isola. Un'isola sommersa dalle attestazioni di cordoglio, tra le quali anche quella del sindacato Spi-Cgil, di cui Silvano Pescatori era membro del direttivo provinciale di Livorno. Gli ex colleghi lo ricordano come persona generosa che amava anche scrivere poesie.

Roberto Medici



LE REGOLE PER NON RISCHIARE



**GAS
GPL**

Installare la bombola
preferibilmente
all'esterno della casa,
in terrazza o cortile

La bombola dev'essere
in posizione verticale col
rubinetto valvola in alto

Sia la bombola che il tubo
flessibile non devono
essere esposti a fonti
di calore

Quando non si usa il gas
chiudere sempre
il rubinetto valvola

FUOCHI DOMESTICI



Controllare
che le manopole
dei fuochi siano
perfettamente chiuse

Chiudere il rubinetto
del gas quando ci si
assenta da casa

Sostituire ogni 5 anni
il tubo che porta il gas
ai fornelli



DISASTRO Vigili del fuoco al lavoro fra le macerie della palazzina crollata per l'esplosione



Alberto Paolini, la terza vittima



Bambina di sei anni ferita da una pietra

Una bambina tedesca di 6 anni in vacanza a Campo nell'Elba con la famiglia è rimasta ferita da una pietra che si è staccata da un costone di roccia sul monte Perone. La bimba era col padre e il nonno. E' stata trasferita in elicottero al Meyer di Firenze.

DENTRO L'OSPEDALE A GIORNI L'AGGIUDICAZIONE: 3,5 ANNI PER FINIRE TUTTO

Il cantiere per completare il policlinico e la delicata partita per il Santa Chiara

■ Alle pagine 2 e 3



Entro settembre via al cantiere, in pole Salini Impregilo

LA GARA

Il Consiglio di Stato si pronuncerà nei prossimi giorni, poi via ai contratti
di GABRIELE MASIERO

QUALCHE giorno ancora e poi Cisanello cambierà volto. Per sempre. La rivoluzione è infatti già iniziata con il percorso unitario interno che dalle accettazione, veri e propri hub dell'accoglienza, accompagna l'utenza a destinazione nei diversi padiglioni. Ma dal primo agosto aprirà anche il varco carrabile di via Martin Lutero e nel giro di poche settimane sarà anche predisposta la recinzione per accogliere il cantiere vero e proprio del nuovo cantiere. E da quel momento nulla sarà come prima. «Attendiamo la sentenza del Consiglio di Stato sui ricorsi - spiega il direttore del Dipartimento di area tecnica **Aoup**, **Rinaldo Giambastiani** - e crediamo che da settembre potranno partire i lavori con la Rti che si è aggiudicata il bando da 250 milioni di euro per la costruzione, più altri 230 per la manutenzione, e che sarà individuata proprio dal Consiglio di Stato». I ricorsi incrociati al Tar di Inso e Pessina hanno infatti escluso entrambe e i giudici amministra-

tivi hanno pertanto individuato in Salini-Impregilo il raggruppamento di imprese destinato a costruire il nuovo ospedale. Se il Consiglio di Stato confermerà, come è probabile secondo i legali **dell'Aoup**, quella sentenza (l'udienza si è svolta il 12 luglio e il pronunciamento è atteso di solito entro 15 giorni), il cantiere aprirà a settembre. «Noi in questa fase - prosegue Giambastiani - ci stiamo predisponendo ad accogliere il cantiere e quindi abbiamo creato già una serie di percorsi che saranno poi quelli definitivi una volta che il nuovo ospedale sarà pronto. Il monoblocco centrale e orizzontale infatti si svilupperà tra i padiglioni esistenti e il monoblocco del pronto soccorso e dunque tutta quell'area verrà recintata. Ecco perché abbiamo già modificato la viabilità e i percorsi pedonali interni».

Un modo per abituare utenza e dipendenti a cambiare abitudini e familiarizzare con i nuovi percorsi. Più razionali e adeguati agli standard sanitari moderni. Soluzioni che riguarderanno sia la mobilità esterna che quella pedonale interna. «Saranno tre - prosegue Giambastiani - le navette al servizio dell'utenza, aumentando le fermate che da nove passano a 11: una

che opererà lungo il perimetro in una direzione, l'altra nel senso opposto, e una sorta di Lam, una corsa rapida da quello che sarà l'accesso principale all'ingresso del pronto soccorso, attorno al quale si svilupperà tutto l'ospedale nuovo, con i blocchi operatori nelle immediate vicinanze e le degenze alle sue spalle». Per quanto riguarda i percorsi interni, invece si seguiranno i colori: «L'utenza - conclude Giambastiani - trova già adesso nell'impegnativa per la visita il colore di riferimento con numero e lettera dell'accettazione che lo destinerà agli ambulatori di pertinenza. Complessivamente dall'ingresso si tratta di percorrere 350 metri tutti al coperto, al riparo dal caldo d'estate e da freddo e pioggia d'estate e soprattutto evitando i rischi di spostamenti sulle superfici esterne che possono essere sconnesse o comunque più pericolose per la presenza di mezzi d'opera e altri veicoli in transito».



LA SOSTA TUNNEL PROTETTO PER I DIPENDENTI

Oltre 4mila posti e tre nuovi parcheggi

SARANNO complessivamente 4044 i posti auto a regime a servizio del nuovo ospedale di Cisanello: 3.500 a ridosso del policlinico, 200 al suo interno e il resto nelle strade e aree limitrofe. Il grande parcheggio, già oggi in funzione, all'estrema periferia dell'ospedale, una volta ultimati i lavori, si verrà a trovare attaccato alle Unità Operative e avrà una capienza di 1600 posti a disposizione dei dipendenti che, lasciata l'auto, potranno accedere in condizioni di sicurezza direttamente a un tunnel sotterraneo pedonale di oltre 300 metri con punti di salita in corrispondenza delle varie Unità Operative. La grande isola davanti al Pronto Soccorso (oggi in parte sterrata) ospiterà a regime un parcheggio di 1600 posti organizzato su tre livelli sfalsati (il primo da 500 posti è già in funzione), oltre ai 400 posti già in funzione lungo la via Martin Lutero (per dipendenti e visitatori).

TUTTE le aree di sosta, che saranno dotate di alberature, e il perimetro del nuovo ospedale sarà costantemente videosorvegliato da un sistema di telecamere e intorno al nuovo presidio ospedaliero e ai suoi parcheggi sorgerà di fatto un nuovo quartiere cittadino che riqualificherà l'intera area a servizio del nuovo Cisanello.



NUOVI PERCORSI NASCE IL «TERMINAL» SANITARIO: PANNELLI COLORATI E DISPLAY

La hall è come il check-in di un aeroporto

L'IDEA è quella di un check in. Del tutto simile a un aeroporto. Si presenta così la nuova hall dell'ospedale di Cisanello nell'era dei percorsi a colori. Verde, arancione, celeste e blu sono altrettante corsie che identificano i quattro percorsi interni che si snodano in un itinerario unitario all'interno dei diversi padiglioni. «Abbiamo mutuato l'esperienza degli aeroporti - sottolinea il direttore tecnico dell'Aoup, **Rinaldo Giambastiani** - perché se funziona con tanti passeggeri, può funzionare anche con gli utenti ospedalieri. I pannelli colorati, a seconda delle specialistiche in indirizzo, e la segnaletica orizzontale a terra accompagnano i visitatori alle singole accettazioni e sale di aspetto. E abbiamo anche acquistato un sistema, che entrerà in funzione a breve, che permetterà di visualizzare sui display gli orari delle navette che effettuano i trasferimenti dai parcheggi all'ospedale, ma anche quegli degli autobus della Ctt Nord e dei treni. Un modo per fornire alla nostra utenza la migliore accoglienza possibile».

E' COSÌ che la hall dell'ospedale diventa un vero e proprio terminal sanitario da dove saranno smistati pazienti e visitatori ai padiglioni che negli anni andranno a completare il nuovo ospedale, quando anche tutte le cliniche del Santa Chiara saranno trasferite qui. Ma la «rivoluzione» è già iniziata con i reparti esistenti e altre accettazioni sono programmate e pronte a entrare in funzione nei prossimi mesi: «Oltre al banco di accettazione, identificato per colori e lettere già presenti sulle singole impegnative in base alle visite richieste - sottolinea Giambastiani - abbiamo creati anche box di ricevimento che garantiscono la privacy di ciascuno e altri box dotati di pos e sportelli automatici dove effettuare il pagamento del ticket sanitario in assoluta semplicità. Abbiamo curato anche i dettagli optando per la superficie in linoleum che assicura camminate più in sicurezza e antiscivolo rispetto alle superficie esterne o lisce in mattonelle che rappresentano un pericolo: del resto finora registravamo una media di una caduta o piccolo infortunio a settimana usando i percorsi esterni, ma da quando è entrato in vigore il nuovo sistema non abbiamo ricevuto alcuna segnalazione». Come tutte le novità, l'inizio è stato in salita, «ma già da qualche giorno - conclude il direttore tecnico - la situazione è migliorata e i miglioramenti sono progressivi: ci siamo mossi in anticipo per creare una "cultura" diversa della fruizione dell'ospedale che non riguarda solo l'utenza ma anche le abitudini dei dipendenti e con il tempo certe criticità sono destinate a sparire per farci trovare pronti quando il nuovo Cisanello sarà operativo e non più soltanto un progetto».

Gab. Mas.



ESPERTO Il direttore del Dipartimento di Area Tecnica, Rinaldo Giambastiani mostra il nuovo ingresso al varco 4, attivo dal 1° agosto (Foto Valtriani)

E il Santa Chiara cambierà volto

Il valore è 122,5 milioni: progetto complessivo e recupero per lotti

IL NODO BANCARELLE

L'«Umi 1» costa 11 milioni
ma ne servono almeno 15
per il recupero: tempi lunghi

IL MURO SU PIAZZA DUOMO

Non verrà abbattuto, ma
sostituito da una cancellata
come era in origine

di GUGLIELMO VEZZOSI

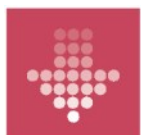
DIRETTAMENTE collegata alla partita per il completamento del policlinico a Cisanello c'è quella del futuro dell'ospedale Santa Chiara. Nel corso dell'incontro di ieri con la stampa, il direttore del Dipartimento di area tecnica Aoup, Rinaldo Giambastiani, ha illustrato tempistica e interventi che porteranno a definire il nuovo assetto di un'area così delicata e di pregio come quella del vecchio ospedale cittadino.

Contestualmente all'aggiudicazione dei lavori per il Santa Chiara, il gruppo vincitore dovrà subito versare ad Aoup una caparra confirmatoria di 12,5 milioni per l'acquisto del Santa Chiara, pari al 10% del valore complessivo, fissato in 122,5 milioni. Nei tre anni e mezzo di tempo stimati per il completamento di Cisanello, si procederà in parallelo a definire i dettagli per gli interventi nel vecchio ospedale. Se ne occuperà una commissione composta da Aoup, impresa vincitrice, Soprintendenza e Comune e da

esperti di project financing. Commissione che dovrà arrivare al livello di progettazione definitiva secondo le indicazioni di riqualificazione urbanistica definite ancora nel 2007 dallo studio britannico di «David Chipperfield Architects» che si aggiudicò il concorso internazionale bandito all'epoca. A quel punto l'impresa vincitrice potrà procedere recuperando singoli lotti oppure in cordata con nuovi investitori che dovranno operare all'interno della cornice generale già definita dove, va detto, è prevista una robusta azione di «ripulitura» attraverso la demolizione di tutti gli edifici e manufatti di piccole dimensioni costruiti nel tempo o meglio aggiunti spesso senza criterio per rispondere alle esigenze ospedaliere. L'idea è quella di salvaguardare gli edifici storici e, tra quelli moderni, i più significativi e funzionali alle finalità direzionali, turistico-ricettive o residenziali, evidenziate dal progetto Chipperfield.

UNA DELLE PORZIONI più no-

te dell'ex Santa Chiara è la cosiddetta Umi1, che contiene anche l'ex Pronto Soccorso, indicata da più parti come destinazione finale per le bancarelle degli ambulanti di piazza Manin. Ma tra il dire e il fare ci sono di mezzo 11 milioni (il costo dell'intera Umi) più altri 15 stimabili per il suo recupero. E' però vero che in quel punto è previsto un edificio a uso commerciale e una piazza dalla quale passerà il porticato previsto da Chipperfield come continuazione ideale delle antiche mura e come cerniera con la piazza dei Miracoli. Sarà infatti questo manufatto, e non altri, l'unico punto di accesso dalla e alla piazza del Duomo: il famoso muro dell'ex clinica Chirurgica sarà sì abbattuto, ma per essere sostituito con una cancellata, come era nel progetto originario dell'ex clinica. Impossibile dunque pensare che le bancarelle possano stabilizzarsi nel giardino alle spalle del muro, neppure provvisoriamente, anche perché l'area è vincolata esattamente come l'edificio storico del quale è pertinenza.



Focus

I tempi

Appena il Consiglio di Stato, nei prossimi giorni, darà disco verde all'aggiudicazione, la ditta vincitrice dovrà stipulare un contratto con Aoup e versare 12,5 milioni di caparra confirmatoria per l'acquisto del Santa Chiara, importato pari al 10% del valore stimato (122,5 milioni). Verrà anche stipulato un primo contratto del valore di 5 milioni per le opere preliminari all'apertura del cantiere a Cisanello, da realizzare in 6 mesi.

Il maxi-contratto

Da settembre/ottobre verranno montate le recinzioni per le opere preliminari, che dureranno sei mesi. Al termine si potrà sottoscrivere il mega-contratto da 250 milioni per il completamento del policlinico più altri 230 milioni per la manutenzione e gestione per 9 anni del nuovo ospedale e di quello già esistente. I tempi di costruzione sono indicati da contratto in 3,5 anni

E in centro storico

Durante i lavori a Cisanello verrà definito il progetto definitivo per il Santa Chiara secondo le linee del progetto Chipperfield. Saranno demoliti tutti i manufatti ed edifici aggiunti negli anni. Al Santa Chiara resteranno disponibili circa 110mila mq, la cui stima globale è di 122,5 milioni, dunque poco più di mille euro/mq. Da stimare circa altri 2mila euro/mq quale costo di ristrutturazione e recupero



Link: <http://www.pisanews.net/aoup-nuova-vita-percorso-nascita-al-santa-chiara/>

ULTIME NEWS > Firmato in Regione il protocollo d'intesa per la riqualificazione dell'area produttiva di Ospedaletto



PISANEWS
IL PRIMO GIORNALE ONLINE
DELLA PROVINCIA DI PISA



HOME ATTUALITÀ CRONACA PISA SC CULTURA E SPETTACOLO SPORT DILETTANTI STORIA

ATTUALITÀ

Aoup. Nuova vita per il percorso nascita al Santa Chiara

Lug 24, 2019

f g+ t p in



PISA – Nuova vita per il percorso nascita in Aoup: sono infatti terminati allo **stabilimento ospedaliero di Santa Chiara (Edificio 2, I piano)** i lavori di ristrutturazione di tutti gli ambienti dedicati al travaglio, al parto e al post-partum delle due Unità operative di Ostetricia e Ginecologia, seguendo una logica improntata anche al benessere e all'accoglienza visto che l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza sono fortemente condizionate anche dal luogo in cui si partorisce, influenzando la percezione della donna, i suoi comportamenti e l'evoluzione stessa dell'evento nascita.



Seguici su f



Grande attenzione quindi al comfort nell'esecuzione dei lavori, che sono durati circa 3 mesi e hanno interessato tutto il blocco parto, completamente riorganizzato dal punto di vista strutturale, con la separazione dei percorsi del parto fisiologico da quello con patologia ostetrica e il rinnovamento di arredi e attrezzature tecnologiche.

In pratica ora si accede al blocco parto attraverso l'area del nuovo Pronto soccorso ostetrico, attivo 24 h su 24, dove le donne vengono prese in carico dalle ostetriche e indirizzate verso il percorso di cura più idoneo in base alla valutazione del rischio.

Fra i nuovi ambienti ricavati dalla ristrutturazione ci sono tre stanze, con impianto di filodiffusione e pareti dipinte in colori pastello, dotate di tutti i servizi accessori, in cui si assistono tutte le fasi del parto, dal travaglio al post partum, garantendo la permanenza del neonato con la mamma sin dal momento della nascita e favorendo così il contatto pelle a pelle, con tutti i benefici che esso comporta (regolazione di temperatura corporea, frequenza cardiaca, livello di glucosio), sia in caso di parto fisiologico che taglio cesareo programmato. E' stata inoltre realizzata una camera per l'osservazione sub-intensiva, dotata di nuova strumentazione tecnologica, per le donne che necessitano di monitoraggio dopo il parto o dopo un taglio cesareo e due stanze post-partum con arredi ideali per favorire l'attaccamento precoce al seno, condizione fondamentale per l'avvio dell'allattamento. Due invece le camere per assistere il travaglio delle donne con gravidanza patologica. Sono stati eseguiti lavori di manutenzione ordinaria anche nelle due sale parto preesistenti e nella sala operatoria del blocco parto, che garantisce tempestività di intervento in caso di emergenze/urgenze e sono stati ristrutturati i servizi igienici. In tutti i nuovi ambienti ricavati è possibile svolgere attività di simulazione ad alta fedeltà, coadiuvati dal "Centro Nina" (Unità operativa di Neonatologia), che permette un training continuo del personale, garantendo così elevati standard assistenziali.

I numeri. L'**Aoup** – con le Unità operative di Ostetricia e Ginecologia 1 e 2 e la Neonatologia, che è centro di 3° livello in Area vasta nord-ovest per l'assistenza ai neonati, sia sani sia critici o pretermine (dotata di Tin-terapia intensiva neonatale e Sten-Servizio di trasporto di emergenza neonatale) – ha registrato 1.675 parti nel 2018, con la nascita di 1.736 neonati.. Nonostante sia centro di riferimento per le gravidanze a rischio – che di per sé comportano percentuali più elevate di parti cesarei – ha visto invece diminuire consistentemente, nel corso degli anni, questo dato così come quello riferito ai parti operativi con forcipe o ventosa, grazie a tutte le azioni di miglioramento messe in atto. Secondo i dati emersi dal Bersaglio MeS 2018 (sistema di valutazione delle performance delle Aziende sanitarie promosso dall'Istituto di Management della Scuola Superiore Sant'Anna), infatti, la percentuale di "cesarei epurati" (vale a dire il dato complessivo, sottratti i parti gemellari, prematuri, podalici etc...) si è praticamente dimezzata. E' scesa infatti al 16,7% nel 2018 (era pari al 31% nel 2016 e al 29% nel 2017). La media regionale, in questo caso, si attesta sul 19,01% (2018). Significativamente migliorato anche il dato relativo ai parti con forcipe e ventosa, passati dal 5,9% del 2017 al 4,9% del 2018 (media regionale 2018: 6,8%).

"Sono molto soddisfatta di questi risultati – dichiara il direttore generale dell'**Aoup** Silvia Briani – perché rendono merito al lavoro di tutti i professionisti attivi nel percorso nascita, che hanno messo in campo tutte le loro risorse per seguire il più possibile anche gli orientamenti dell'Oms verso i parti non medicalizzati, sempre nel rispetto degli standard di sicurezza. Queste ottime performance coincidono fra l'altro con la ristrutturazione degli ambienti del Santa Chiara che era quantomai necessaria, ben sapendo che la situazione ottimale potrà essere raggiunta con il completamento del nuovo ospedale e il trasferimento definitivo a Cisanello. Già il passo compiuto oggi ci rende però orgogliosi del lavoro svolto da tutti i professionisti, che ringrazio per l'impegno e la dedizione che hanno sempre mostrato, lavorando in questi anni in ambienti che mostravano i segni del tempo e hanno richiesto perciò maggiore cura e attenzione".

Nei prossimi mesi sarà possibile, implementando protocolli validati, realizzare un percorso nascita ancora più efficiente, adottando un approccio ostetrico alla paziente di tipo one-to-one che consentirà un miglioramento complessivo della qualità assistenziale, con sempre maggiore attenzione alla fisiologia e al benessere materno-fetale.

 Scarica PDF

Categories

Attualità

Ospedale



Loading Facebook Comments ...

Please enable JavaScript to view the comments powered by Facebook.

Please enable JavaScript to view the comments powered by Google+.

AOUP

Fisioterapista Sabrina Banti 333 2525995
Dott. Dario Lenzini 392 3644815
www.centrodefisioterapiavecchiano.it

 **LA FENICE**
IMMOBILIARE



INTERGOMMA4
PNEUMATICI REVISIONI SERVICE snc
OSPEDALETTO (PI) - Via Aldrovandi, 22 - Tel. 050 969153
Fax 050 969154 - e-mail: info@intergommaservice4.it
LA FONTINA (PI) - Via L. Alamanni, 6/A3 - Tel. 050 879081
Fax 050 8755622 - e-mail: info@pneusbig.it
www.intergommaservice4.it

TOSORO
di Toso Alessandro

COMPRAVENDITA ORO E ARGENTO
www.tosoro.it

TOSORO
VENDITA OROLOGI E PREZIOSI USATI
Selling used watches and jewelry

Via XXX Maggio, 5/D - PESCHIERA DEL GARDA (VR)
info@tosoro.it - Cell. 338 4121800

 **BELLAVISTA**
OSTERIA - PIZZERIA

Via San Giovanni, 69/71 - Arena Metato (PI)
050.810504 - 348.832160

TIRRENA *doc* **CAFFE'**

INTERGOMMA4
19

PNEUMATICI REVISIONI SERVICE snc
OSPEDALETTO (PI) - Via Aldrovandi, 22 - Tel. 050 969153
Fax 050 969154 - e-mail: info@intergommasservice4.it
LA FONTINA (PI) - Via L. Alamanni, 6/A3 - Tel. 050 879081
Fax 050 8755622 - e-mail: info@pneusbig.it
www.intergommasservice4.it



BOTTEGONE
CALZATURA



La Rosa Terricciola (PI)
Tel. 0587.635081



Orario 9-13 15,30-19,30
anche la Domenica



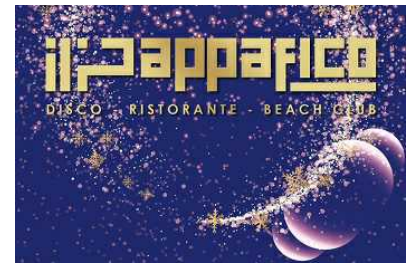
Seguici su Facebook
per News e Offerte



WhatsApp 335 6204849
per info e ordini Flash

RiccardoCorredi
FRANCHISING
APPROFITTA Fino ad Esaurimento
SALDI su **MATERASSI**
LETTI e POLTRONE
PISA VIA MATTEUCCI 38
ZONA
MEDIOWORLD





Noleggio Lungo Termine
Consulenza per aziende e privati
Gestione flotte aziendali
Valutazione e ritiro auto usate

Andrea Luperi
Cell: 347-1336069
email: a.luperi@drivesolutions.it



Noleggio breve e medio termine
Auto, Furgoni, Veicoli speciali

Tommaso Luperi
Tel. +39 050985026
email: pisa@morinirent.com

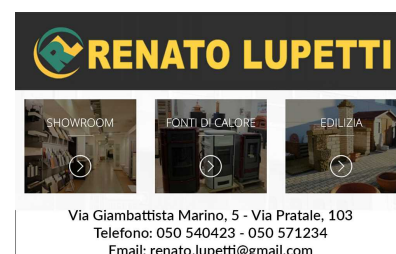








AUTO-DOC.IT





Così tante case
quante potresti
immaginare.



ULTIME NOTIZIE



ATTUALITÀ

Firmato in Regione il protocollo d'intesa per la riqualificazione dell'area produttiva di Ospedaletto



ATTUALITÀ

Partito il nuovo servizio taxi destinato alle persone disabili



CULTURA E SPETTACOLO

Eliopoli. Venerdì 26 luglio insieme a Pupi Avati e molti ospiti





CULTURA E SPETTACOLO

Certosa Festival. Si conclude con un omaggio a Verdi il programma di Luglio



CRONACA

Don Bosco. Detenuto tenta il suicidio in carcere

© 2015 Pisa News
All Rights Reserved

CONTATTI

NUMERI UTILI

LINK PISANI

DISCLAIMER

REDAZIONE



Popular

Attualità

(15986)

Pisa SC

(9420)

I protagonisti

(6395)

Cultura e Spettacolo

(5776)

In Primo Piano

(4022)

Disclaimer

Testata giornalistica iscritta al n. 33/07 del Registro della Stampa del Tribunale di Pisa.

Questo portale, aderisce al progetto di **informazione on line**

Ogni contenuto è liberamente riproducibile a patto di indicare la fonte

www.pisanews.net. Ove specificato, le foto appartengono ai relativi autori. Ogni uso illecito potrà essere perseguito in base alle norme vigenti. Ogni utilizzo andrà pertanto richiesto direttamente agli autori indicati.

LA TRAGEDIA DELL'ELBA

/APAG.10

C'è una terza vittima
Fuga di gas in cucina

L'ESPLOSIONE DELLA PALAZZINA SULL'ISOLA

Elba, fuga di gas in cucina. Poi è scoppiato tutto

Morto l'anziano ricoverato a Pisa. Sopralluogo del procuratore: inchiesta per disastro colposo. La perdita dai tubi dei fornelli

Stefano Taglione

PORTOFERRAIO. L'Elba piange anche Alberto Paolini, la terza vittima della terribile esplosione della palazzina di Portoferraio. Il pensionato di 76 anni - originario di Marina di Campo ed ex muratore che per un periodo ha gestito il Paglicce Beach, uno stabilimento balneare della zona - ha perso la vita nel reparto grandi ustionati di Cisanello, a Pisa, dove era stato trasportato in condizioni critiche con l'elisoccorso. Aveva ustioni sul 90% del corpo.

Nello stesso ospedale è ancora ricoverata in prognosi riservata la figlia Lisa, con metà del corpo bruciato. La donna, che si è trasferita in Molise e ha un'azienda agricola con il compagno, dormiva lì solo perché in questi giorni aveva programmato un intervento chirurgico a Portoferraio.

Il decesso di Paolini, avvenuto nella notte fra lunedì e ieri, giunge dopo quello del sessantottenne Silvano Pescatori e di sua moglie Maria Grazia Mariconda, di 76 anni, trovati cadaveri sotto le macerie dai vigili del fuoco del distaccamento di Portoferraio. Il procuratore capo di Livorno, Ettore Squillace Greco, ha aperto un fascicolo per disastro colposo. All'origine della deflagrazione una "sacca di gas" che si è formata all'interno di uno dei due appartamenti. Mentre il terzo, quello della famiglia Ferrari, è rimasto in piedi mezzo distrutto. Con babbo, mam-

ma e il figlio di 16 anni vivi per miracolo.

Ieri il procuratore ha effettuato il primo sopralluogo nell'edificio. Secondo una prima ricostruzione le bombole a GPL - esterne e rimaste intatte - erano perfettamente a norma. La fuga di gas sarebbe quindi avvenuta all'interno di uno degli appartamenti, con ogni probabilità in cucina. Le abitazioni erano state da poco ristrutturate, quindi è difficile che i fornelli non avessero le valvole di protezione di ultima generazione. Le indagini, appena partite, si stanno concentrando sui tubi che collegavano le bombole (che all'Elba usano tutti, visto che non c'è il metano) ai fornelli. È questo il "percorso" che potrebbe spiegare la tragedia. Con l'ambiente che in poche ore si è saturato di gas, complici le finestre tutte chiuse per via dei condizionatori accesi.

Chi potrebbe spiegare tutto, nei prossimi giorni, è Silvia Pescatori. La donna, moglie di Alberto Paolini, ieri si è svegliata nel reparto di neurochirurgia dell'ospedale di Livorno, dove è ricoverata da lunedì mattina. Ha chiesto subito come stessero i suoi parenti. Ma i medici, per ora, hanno preferito non dirle nulla. Tenendola all'oscuro di tutto. —



La palazzina esplosa all'Elba



PORTOFERRAIO

Villetta esplosa Sale a tre il bilancio delle vittime

Nella notte è morto anche Alberto Paolini
Sopralluogo del procuratore di Livorno



Alberto Paolini

LA TRAGEDIA DI VIA DE NICOLA

Sale a tre il conto delle vittime della palazzina esplosa

Non ce l'ha fatta Alberto Paolini, deceduto ieri notte all'ospedale di Cisanello
Resta in prognosi riservata la figlia, mentre è in rianimazione ma stabile la moglie

PORTOFERRAIO. Non ce l'ha fatta **Alberto Paolini** e salgono a tre le vittime nel crollo della palazzina di Via De Nicola a Portoferraio. Paolini nella notte tra martedì e ieri è deceduto all'ospedale di Cisanello dove era stato trasportato dopo le gravi ustioni riportate nello scoppio della palazzina in cui abitava insieme alla moglie **Silvia Pescatori**, trasferita all'ospedale di Livorno e dove era venuta a trovarli anche la figlia **Lisa**, anche lei ricoverata a Cisanello. Al-

berto Paolini, 76 anni, presentava ustioni sul 90% del corpo e le sue condizioni sono apparse fin da subito molto gravi ai sanitari dell'ospedale di Portoferraio che hanno attivato l'elisoccorso per trasportarlo nel reparto di rianimazione dell'ospedale pisano. La notizia della sua morte ha gettato ancora più nello sconforto vicini, parenti e amici che ricordano come fosse un uomo molto conosciuto e ben voluto da tutti. Origina-

rio di Campo nell'Elba, precisamente della zona della Bonalaccia, ha vissuto lì fino a quando non si è sposato con Silvia Pescatori, trasferendosi a vivere a Portoferraio, in



una palazzina in località Consumella, ereditata dai genitori della moglie (al piano di sopra abitava il cognato **Silvano Pescatori** con sua moglie **Grazia Mariconda**, le due prime vittime dello scoppio). Dopo il trasferimento ha continuato a lavorare a Campo, sulla spiaggia, dove gestiva uno stabilimento balneare con noleggio di attrezzature, quello che poi ha venduto qualche anno fa e che è diventato il Paglicce Beach. Quando Alberto è andato in pensione ha continuato comunque a darsi da fare lavorando anche come manovale. Andava a pesca e a caccia e fino alla scorsa stagione venatoria ha fatto parte della squadra di cinghiali di Schiopparello. Ci raccontano i conoscenti che ogni tanto capitava comunque alla Bonalaccia a trovare la sorella e il fratello, che ancora abitavano lì, e gli amici che con cui stava sempre volentieri: «Era un ragazzo di compagnia». Così lo ricordano anche i vicini della Consumella, quando si fermava a chiacchierare con loro, per una breve sosta dopo aver «fatto l'orto».

Resta in prognosi riservata la figlia Lisa, 46 anni, anche lei ricoverata a Cisanello con ustioni su metà del corpo, mentre è in rianimazione ma stabile la moglie di Paolini, Silvia Pescatori. Sul crollo della palazzina che nelle prime ore di martedì ha svegliato Portoferraio, sono in corso le indagini della Procura. Silvano Pescatori è stato il primo a essere trovato deceduto tra le macerie della sua abitazione. Nella stessa mattinata di martedì, qualche ora dopo, intorno a mezzogiorno è stato rinvenuto anche il corpo della moglie, Grazia Mariconda. Una tragedia che ha colpito Portoferraio e tutta l'Elba che non sa capacitarsi di questa tragedia che ha ferito a morte due famiglie e ha lasciato senza casa la famiglia **Ferrari** (marito, moglie e figlio sedicenne) che abitava a fianco dei due appartamenti distrutti. —

Antonella Danesi**ALTRO SERVIZIO / A PAGINA 10**



Alberto Paolini



Silvano Pescatori



I vigili del fuoco tra le macerie della palazzina

IL DRAMMA

Ucciso dal caldo mentre è in bici pensionato cardiopatico

Un pensionato di 77 anni, cardiopatico, è morto intorno alle 15,30 per un malore in bici: la temperatura sfiorava i 40 gradi. / INCRONACA

IL DRAMMA VICINO AL PONTE DELLA VITTORIA

Muore per un attacco di cuore sotto il sole a quasi 40 gradi

La vittima della canicola è un pensionato di 77 anni colpito da malore in bici
Gli operai di un cantiere hanno tentato di rianimarlo in attesa dell'ambulanza

PISA. Lo hanno visto afflosciarsi come un sacco vuoto mentre dava l'ultima pedalata. È finito sull'asfalto in via Giuliano Da Sangallo all'altezza dell'ex Draga. Esanime, privo di conoscenza. È morto sull'ambulanza mentre lo stavano portando a Cisanello. Una sequenza drammatica in cui la canicola ha avuto il suo peso.

La vittima si chiamava **Giovanni Orsetti**, 77 anni, pensionato di Pisa.

È successo poco prima delle tre di un pomeriggio di luglio in cui la temperatura ha sfiorato i 40 gradi. La canicola ha influito sulle già vulnerabili condizioni di salute dell'anziano, da tempo cardiopatico, che dal momento della caduta in strada non ha più dato segni di recupero.

In zona c'è un piccolo cantiere. Alcuni operai hanno assistito alla scena e sono corsi per dare un aiuto al pensionato finito a terra.

Quando si sono avvicinati hanno capito che non era una semplice caduta. Orsetti non dava segni di vita.

Non hanno perso tempo. Uno ha chiamato il 118, un altro lo ha rianimato con un massaggio cardiaco che per diversi minuti ha consentito al cuore di battere. Nel frattempo dalla centrale operativa dell'Asl è stata inviata un'ambulanza con medico a bordo della Pubblica Assistenza di Pisa.

Il personale ha preso in carico il paziente e usando il defibrillatore i soccorritori sono riusciti a tenere in vita Orsetti. La situazione era disperata. Le funzioni vitali compromesse con la patologia del pensionato a peggiorare il quadro clinico. L'ambulanza è partita per portare l'anziano a Cisanello, ma il suo cuore ha smesso di battere durante la corsa verso il pronto soccorso. —

P.B.



I soccorsi al pensionato

(FOTO RENZULLO/MUZZI)



LUNGARNO MEDICEO

Aggredito a bottigliate gravi lesioni alla testa: ricoverato un trentenne

PISA. Lo hanno trovato davanti a un bar sul lungarno Mediceo con un taglio a un braccio e, soprattutto, una ferita sanguinante alla nuca. Ai poliziotti non ha voluto dire né chi lo aveva colpito, né il contesto in cui era maturata l'aggressione avvenuta di notte e davanti a diversi testimoni.

Il tunisino, 30 anni, è stato ricoverato a Cisanello. Non è in gravi condizioni, ma non sarà dimesso presto. Dal suo racconto non sono arrivati elementi utili per ricostruire la situazione e risalire al responsabile del ferimento. Per la ferita alla testa i medici ritengono che possa essere stata usata una bottiglia rotta. La lite è iniziata in piazza Garibaldi. Un gruppetto di nordafricani che urlano e si spintonano. Scene di ordinario degrado nel cuore della movida. Passano alcuni minuti e i litiganti, sempre più agitati e violenti, si spostano sul lungarno Mediceo. Arrivati all'altezza del bar Amani uno del gruppo sferra i colpi che mettono ko il 30enne. Nei paraggi c'è anche una ragazza che in preda a una crisi di panico viene soccorsa da alcuni passanti. Per tutti e due arrivano le ambulanze inviate dalla centrale operativa del 118.

Una per il maghrebino ferito e che perde parecchio sangue e una per la giovane in lacrime dopo aver assistito all'aggressione. In ospedale le cure dei sanitari hanno rimediato alle lesioni riportate dal tunisino nell'assalto sul quale ha scelto di restare in silenzio. —

P.B.



La sanità che non funziona

E ricoverata dopo un'emorragia cerebrale
ma le tocca comprarsi il farmaco salvavita

L'incredibile storia di una 54enne di Pontedera. A Cisanello glielo somministravano, al "Lotti" non è disponibile

Cristiano Marcacci

PONTERA. C'è una sanità di serie A e c'è una sanità di serie B. E ci sono pazienti che, conseguentemente, vengono trattati in modo diverso. E ci sono anche strutture ed enti che, nonostante siano distanti solamente pochi chilometri tra di loro, non comunicano e adottano protocolli differenti. È il caso, ad esempio, dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (sotto la cui egida si trovano il policlinico di Cisanello e il presidio ospedaliero Santa Chiara a Pisa) e dell'azienda Usl Toscana Nord-Ovest, che controlla l'ospedale "Felice Lotti" di Pontedera. Quanto accaduto ad una 54enne residente nella città della Vespa ha veramente dell'incredibile. E del vergognoso, è lecito aggiungere. Da pochi giorni la donna è stata dimessa e fortunatamente sta bene. Il periodo di convalescenza che sta trascorrendo a casa è senza strascichi e tutto fa pensare che sia stata intrapresa la strada della guarigione. Ma quanto le è successo nel reparto di chirurgia del "Lotti" ha rischiato seriamente di compromettere il percorso.

A *Il Tirreno* lo racconta il compagno della donna. «Un giorno, all'improvviso – ci spiega l'uomo – fu assalita da un fortissimo mal di testa. Dal momento che non passava per niente nemmeno dopo i farmaci tradizionali contro la cefalea, decidemmo di andare al pronto soccorso dell'ospedale di Pontedera. Qui, dopo un primo esame, fu deciso il trasferi-

mento, per degli accertamenti più approfonditi, all'ospedale di Cisanello, dove i medici dell'unità operativa di neurochirurgia le diagnosticarono lo scoppio di un aneurisma».

Tecnicamente, la donna fu colpita da un'emorragia causata dalla rottura di un aneurisma all'apice dell'arteria basilare. Questa la frase riportata dai sanitari sulla cartella clinica.

«In pochissimo tempo – riprende nel racconto il compagno della 54enne – fu deciso di procedere con un intervento chirurgico. Fu quindi portata in sala operatoria, dove l'emergenza fu brillantemente tamponata senza nemmeno dover intervenire direttamente sulla testa. La rottura dell'aneurisma venne infatti risolta attraverso l'ausilio di un'apposita sonda fatta risalire internamente».

Dopo l'intervento, perfettamente riuscito, la donna cominciò la degenza all'interno dello stesso reparto di neurochirurgia. Vi ha trascorso una settimana, durante la quale ha ricevuto tutte le attenzioni del caso, compresa la puntuale somministrazione dei farmaci indicati dalla terapia successiva all'operazione.

«Dopo quella settimana a Cisanello – prosegue il compagno della donna – venne disposto il trasferimento al reparto di chirurgia dell'ospedale di Pontedera. E qui cominciarono i problemi».

Nei primi tre giorni al "Lotti", infatti, da parte della stessa donna e dei familiari viene notato che la terapia post-inter-

vento seguita a Cisanello non è quella che viene portata avanti dai medici pontederesi. «Dal momento in cui la mia compagna è arrivata al "Lotti" – continua l'uomo – sono state inspiegabilmente sospese le 30 gocce ogni 4 ore di Nimotop (farmaco che trova impiego nella prevenzione e nel trattamento dei deficit neurologici ischemici associati a vasospasmo cerebrale, ndr). Dopo i primi due giorni lo abbiamo chiesto al personale e ci è stato risposto che l'ospedale ne era momentaneamente sprovvisto. Il giorno dopo ci siamo interessati più a fondo ed è venuta fuori la verità: l'Asl non passava quel farmaco al reparto, che quindi non lo poteva somministrare. A quel punto, facendo presente che quelle gocce facevano parte della terapia indicata dai medici che avevano eseguito l'operazione, ci siamo sentiti rispondere che l'unica soluzione era quella di acquistare il farmaco fuori dell'ospedale e portarlo poi in reparto. Così abbiamo fatto per alcuni giorni, dando ovviamente la precedenza alla salute e lasciando per il momento ai margini lo sconcerto legato alla richiesta».

Eccole, dunque, le due marce della sanità, che viaggia su binari diversificati nonostante Pisa e Pontedera siano lontane solo pochi chilometri e che può costringere un paziente ricoverato ad acquistare (o meglio, farsi acquistare) all'esterno un farmaco considerato "salvavita". —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI





Un reparto dell'ospedale Lotti di Pontedera (FOTO D'ARCHIVIO)

CAMAIORE

Una borsa di studio alla memoria dell'ex maresciallo

I soldi raccolti dalla famiglia dopo la morte sono stati donati all'ospedale di Pisa per finanziare la ricerca contro i melanomi

CAMAIORE. Per la comunità di Camaiore **Giuseppe Mancino** non era solo l'ex maresciallo dei carabinieri. Adesso a sette mesi dalla sua scomparsa il suo nome rimarrà impresso. In suo nome è stata istituita una borsa di studio all'Università di Pisa con i soldi raccolti dopo la morte. Mancino si è spento a dicembre all'età di 57 anni; ha lasciato la moglie Laura Catalano, capocassiera all'Esselunga di Lido di Camaiore, e una figlia Priscilla. Proprio loro hanno deciso di tenere vivo il nome di Giuseppe. In questi mesi hanno raccolto oltre 2mila euro che sono andati direttamente a un medico oncologo molto conosciuto, la dottoressa **Antonella Romanini**, responsabile degli ambulatori Melanoma e Tumori Rari dell'Azienda ospedaliera pisana oltre ad essere la presidente associazione contro il melano-

ma. Il denaro è stato utilizzato per finanziare la ricerca della dottoressa **Beatrice Polini**. Il titolo della ricerca: ruolo dei polimorfismi nella individuazione di una popolazione a rischio di sviluppare melanoma cutaneo.

«Siamo felici di questa scelta - ha detto la vedova di Mancino - è quello che mio marito avrebbe voluto. Siamo sicuri di aver fatto la sua volontà».

Mancino entrò presto nell'Arma dei carabinieri, a 18 anni. Proprio per il suo lavoro prima si era trasferito nel Nord Italia, a Treviso, poi successivamente è arrivato, trent'anni fa, in Versilia. Prima come vicecomandante a Camaiore e poi come capo dei carabinieri a Lido. Qualche anno fa ha avuto problemi di salute, per questo era andato in pensione. Dopo aver sconfitto il suo malesiera di nuovo a capofitto nella vita della comunità diventando uno dei punti di riferimento per la Francigena e i suoi percorsi. Lavorava come "hopitale" nei vari ostelli per i pellegrini della Francigena. —



La famiglia di Mancino consegna il denaro per la borsa di studio



Lettera aperta al primo cittadino Matteo Franconi da parte di Emanuele Bonadio, attivista Cinque Stelle e dipendente ospedaliero

Il sindaco non è più il garante della salute dei cittadini

Il dottor Emanuele Bonadio, militante del Movimento Cinque Stelle scrive, attraverso Il Tirreno, una lettera aperta al sindaco Matteo Franconi in merito alla situazione dell'ospedale Lotti.

Quando nel 2001 sono venuto a lavorare all'ospedale Lotti (provenivo da un ospedale più grande, Lucca) ho trovato un ambiente sereno dove tutti gli operatori con grande professionalità si davano da fare per soddisfare le esigenze dei pazienti. L'ospedale Lotti era degli operatori. Ho verificato di persona che piccolo è bello "di Bindiniana memoria". Ma poi la macchina si è rotta, nel 2001 è stato raggiunto il culmine della logica di mercato per il sistema sanitario, la burocrazia, l'introduzione dell'ospedale etico (che era un buon progetto) hanno portato alla riduzione dei posti letto, alla riduzione dell'organico, alla frustrazione degli operatori che si vedevano sacrificati alla logica della sanità legata al mercato. Nasce la sanità come pubblicità e progresso.

Durante la campagna elettorale ho cercato di aprire un confronto con Lei, non con atteggiamento polemico ma per arrivare a soluzioni condivise sulle ormai croniche sofferenze della sanità pontederese e in particolare del presidio ospedaliero Lotti: pronto soccorso, con pazienti che aspettano ore per un ricovero se necessario; diminuzione dei posti letto che ha portato alle camere miste; la telenovella della dialisi che ormai da diversi anni non riesce a trovare un'adeguata e dignitosa siste-

mazione nonostante le varie promesse. Nel 2015 Saccardi e Mazzeo dichiarano di aver trovato i finanziamenti per la costruzione della nuova dialisi, così fanno Forza Italia e Pd nel 2016. Nel 2017 viene annunciato che nel 2018 partiranno i lavori per la dialisi con la nuova ristrutturazione del Lotti. Nel 2019 si dichiara che sono stati trovati finanziamenti ministeriali per la dialisi e che i lavori partiranno a fine anno. Speriamo che non che non sia un'altra promessa perché sto diventando come San Tommaso. E poi, ci sono i trasferimenti di parte dei servizi del laboratorio analisi e della centrale del 118, nonostante siano stati spesi 150 mila euro per la ristrutturazione dei locali.

Come tutti sappiamo, la gestione sanitaria è regionalecentrica annullando di fatto le disposizioni della legge 502 ed espropriando Lei dalla funzio-

ne di garante dei cittadini. Sta di fatto che in questo momento non è Lei il garante della salute dei cittadini della Valderama la Regione. Non mi risulta una Sua presa di posizione a fianco degli infermieri quando alcuni giorni fa i sindacati hanno proclamato lo stato di agitazione per la carenza del personale del comparto. È stato raggiunto un accordo tra Azienda Usl Nord-Ovest e sindacati confederali per l'assunzione di 14 infermieri da dividere per tutta l'area vasta, cioè 2,8 infermieri per zona. Solo il NurSind non ha firmato l'accordo. Valuti Lei se questi numeri sono sufficienti per risolvere il problema della carenza di organico. Abbia il coraggio di essere in sindaco di tutti. **Emanuele Bonadio**



SANITÀ

Nuovo corso per la Bottega della Salute

Il servizio di assistenza ai pazienti portato avanti dalla Bottega della Salute in via Roma subisce dei cambiamenti. Il bando regionale che di solito destina due volontari al servizio, da aprile ha consentito l'arrivo di un solo ragazzo. E anche alla luce della chiusura degli ambulatori del Punto Sanità, che hanno diminuito l'afflusso di cittadini in via Roma, l'orario della Bottega della Salute è stato limitato al lunedì, mercoledì e venerdì, dalle 8 alle 13. Il martedì e il giovedì il servizio prosegue all'ufficio Politiche sociali del Comune, dove il volontario compie la restante parte di esperienza prevista dal progetto. «Si evidenzia che il progetto può prevedere più dislocazioni territoriali, fermo restando la titolarità della sede principale – dicono da Palazzo dei Priori – e deve rappresentare una scelta, segnando il passaggio da un'organizzazione della macchina pubblica distante e di difficile accesso a strutture flessibili e rispondenti ai reali bisogni dei cittadini, anche attraverso l'uso delle nuove tecnologie».



Livorno, c'è il piano per il nuovo ospedale

L'Asl presenta il progetto: almeno 450 letti, 260 milioni il costo. «Pronto nel 2028»

LIVORNO Il progetto preliminare per il nuovo ospedale di Livorno c'è. Comune e Asl Toscana Nord Ovest sono convinti di firmare l'accordo di programma entro la fine dell'estate. Ed è una corsa contro il tempo: se il governatore Enrico Rossi, nel marzo scorso, si era rifiutato di siglare il patto formale con l'allora sindaco Filippo Nogarini, perché non voleva rischiare ripensamenti dell'esponente Cinque Stelle, il nuovo sindaco di centrosinistra Luca Salvetti sa che ora il rischio è un cambio di bandiera alle prossime elezioni regionali: «Entro nove mesi dovremo mettere la prima pietra. Altrimenti rischieremmo di non avere più l'ospedale nuovo per una ventina d'anni».

La Regione ha già stanziato 750 mila euro per le iniziative preliminari e le verifiche di fattibilità, ma ha già pronti 195 milioni di euro per realizzare il nuovo ospedale. Altri 65 milioni serviranno poi per le strumentazioni. Ieri, nell'aula del Consiglio comunale, l'Asl Toscana Nord Ovest e il sindaco hanno presentato il progetto davanti alle commissioni congiunte. L'architetto Icilio Lanini ha illustrato il preliminare e la road map della durata dei cantieri: «Se per fare un ospedale nuovo ci vogliono tre anni e mezzo, per rifare parzial-

mente un ospedale che c'è già ci vorrà il doppio». Tra progettazione esecutiva e installazione delle dotazioni strumentali, la data dell'inaugurazione è così prevista per il 2028. Perché l'attuale ospedale di via Petrarca resterà, con i padiglioni ristrutturati e resi finalmente antisismici, con il connesso problema logistico di trasferire le attività dall'uno all'altro durante i cantieri. Ma il cuore del policlinico sarà un nuovo monoblocco di via Gramsci, nell'area ex Pirelli, che andrà demolita e ricostruita: cinque piani, dal piano terra col pronto soccorso (raddoppiato rispetto all'attuale), al primo piano con le terapie intensive e il blocco chirurgico, fino ai tre superiori con 450 letti per le degenze. Ma i posti potrebbero aumentare fino a 550, spiega in Comune.

La Regione e il Pd avrebbero voluto il nuovo ospedale a Montenero, Nogarini chiedeva di ristrutturare quello attuale. La soluzione trovata lo scorso anno fu un compromesso. Così oggi Salvetti ammonisce: «Non è la soluzione migliore, ma al momento attuale è l'unica, di fronte all'occasione storica di ottenere i finanziamenti. Per questo non la si può discutere».

Giulio Gori

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il sindaco Salvetti

Non è la soluzione migliore, ma ad ora è l'unica, altrimenti rischiamo di perdere i finanziamenti previsti. Per questo bisogna dire sì



A sinistra il nuovo monoblocco, a destra l'attuale ospedale



SANITA' IL REPARTO MANTIENE LIVELLI DI ECCELLENZA**Piede diabetico: percorso terapeutico «doc»
Al S.Donato la prima certificazione in Italia**

La diabetologia della Asl ha il primo percorso di piede diabetico in Italia con certificazione Iso. Certificazione ottenuta non da un singolo reparto ma da un intero percorso, quello rilasciato da Dnvgi al San Donato. «L'impegno aziendale – sottolinea il direttore generale, Antonio D'Urso - è sempre basato su un approccio multidisciplinare, lo stesso che ha permesso, dai primi anni 2000, di avere il minor numero di amputazioni degli arti a livello nazionale». L'equipe multidisciplinare che ne è a capo garantisce la migliore presa in carico del paziente con piede diabetico, con tutte le varianti che sono necessarie per ogni singolo caso da curare.



Infermieri di Ponte a Niccheri premiati in «Emodialisi»

Gli infermieri della dialisi dell'ospedale fiorentino Santa Maria Annunziata a Ponte a Niccheri hanno ricevuto una delle borse di studio intitolate a Franca Pellini, fondatrice dell'Associazione nazionale Emodializzati, dialisi e trapianto. La premiazione si è tenuta nei giorni scorsi a Bologna. In particolare, sono stati premiati i progetti che hanno meglio interpretato il principio che «il paziente informato è colui che si cura al meglio». Al team di Ponte a Niccheri sono arrivati i complimenti di Opi Firenze-Pistoia e del Giant, il gruppo infermieri area nefrologica toscana. Un riconoscimento molto importante per l'ospedale fiorentino che sta diventando sempre di più un riferimento della sanità nazionale.



SANITA' MARTEDI' LA MANIFESTAZIONE LANCIATA DAL FIALS SULLE CARENZE DI ORGANICO

Sit in davanti l'ospedale e un appello a Jovanotti

DOPO l'esito negativo del confronto con l'Asl, i lavoratori del settore sanitario dissotterrano l'ascia di guerra. In occasione dello sciopero del 30 luglio, infatti, il sindacato Fials manifesterà dalle 10.30 alle 13.30 di fronte all'Ospedale Versilia contro l'accordo con cui l'azienda Toscana Nord Ovest autorizza l'assunzione di 70 operatori interinali su tutta l'area di competenza. «Con gli organici risicati ai minimi termini questa decisione è una sonora presa in giro del personale che quotidianamente assiste la comunità della Versilia» riporta il sindacato in una nota. La manifestazione sarà aperta anche ai cittadini e a tutti i sindaci. «Così vedremo chi ha a cuore le richieste dei lavoratori. La carenza di organico oramai non più sopportabile, unita alla necessità di un piano adeguato per le sostituzioni di personale per lunghe assenze, fanno sì che i dipendenti del Comparto e dell'Area Medica, abbiano dato il massimo e non siano più disposti ad andare oltre. Non tolleremo altre riorganizzazioni che vadano nell'ottica di accorpamenti senza benefici». E intanto il sindacato invia una lettera aperta a Jovanotti per chiedere un sostegno a favore dei beni pubblici, con l'obiettivo di incontrare l'artista durante i suoi show a Viareggio. «Chiediamo a Lorenzo Cherubini di confrontarsi con una nostra delegazione e magari con sindaci, politici e istituzioni, proprio per esporre le difficoltà dei lavoratori e fare in modo che anche l'artista possa farsi carico di rivendicazioni importanti per le nostre comunità».



DETERMINATO Soddù (Fials)



Contratto e stipendi più alti per fermare i medici in fuga

Sblocco delle carriere, 200 euro di aumento e compensi doppi per le guardie
Aumenta anche la quota di donne che potranno avere accesso al part-time

La firma nella notte dopo dieci anni di attesa, fra trattative e turni massacranti

Paolo Russo

ROMA. Governo e regioni provano ad arginare la grande fuga dei medici dagli ospedali pubblici mettendo nelle loro tasche 217 euro lordi mensili di aumento medio, più circa 8 mila euro annui di arretrati e il riconoscendo il lavoro precario ai fini della carriera dei più giovani. Che sono poi quelli più attratti dalle sirene del privato e del lavoro all'estero. A fare il passo è il contratto firmato ieri notte dopo 10 anni di attesa e che riguarda in tutto 130mila dirigenti sanitari, non solo camici bianchi, ma anche biologi, fisici, chimici e veterinari. La spina dorsale della nostra sanità pubblica.

IL CONTRATTO

L'accordo porta in dote anche un aumento medio di 2mila euro della cosiddetta "retribuzione di posizione", percepita da chi dopo 5 anni di lavoro abbia assunto qualche incarico specifico. A prescindere dall'attribuzione di un incarico o meno una clausola di garanzia assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità di servizio: 5mila euro annui al pas-

saggio dei 5 anni, 6mila al compimento dei 15 e 7mila passati i 20 anni di servizio. Per consolare i camici bianchi stressati da turni di lavoro sempre più massacranti per carenze di organico il compenso per la guardia notturna raddoppia, passando a 100 euro, che diventano 120 per chi la notte la passa nella bolgia del pronto soccorso.

ANZIANI E GIOVANI

I nostri dottori hanno sempre più i capelli bianchi per il mancato rinnovo generazionale d'ora in avanti, superati i 62 anni di età, a richiesta si potrà essere esonerati dai turni di guardia, che compresa la reperibilità non potranno comunque essere più di 10 al mese. Disposizione non facile da attuare con gli attuali vuoti in pianta organica, destinati ad aggravarsi con la fuga di altri 16.500 medici da qui al 2025, in aggiunta agli oltre cinquemila che da inizio anno a maggio hanno scelto la pensione anticipata approfittando di quota 100. Le novità più importate sono quelle che riguardano i giovani, sperando che le novità contrattuali bastino a trattenerli. Tanto per cominciare i neo assunti si ritroveranno 1.500 euro in più l'anno sotto la voce di "retribuzione fissa di posizione" che fino a ieri si otteneva solo dopo 5 anni di anzianità. E chi fino ad oggi è stato condannato a una vita da precario, senza possibilità di carriera in ospedale, si vedrà riconosciuti anche quegli spezzoni lavo-

rativi non continuativi da co.co.pro. ai fini del raggiungimento della fatidica soglia di 5 anni di anzianità, che porta all'obbligo di attribuzione di un incarico oltre a una retribuzione minima aggiuntiva di 5.500 euro lordi mensili.

NOVITÀ PER LE DONNE

Un occhio di riguardo il contratto lo riserva anche alle donne, aumentando la percentuale di quelle che possono essere ammesse al part-time e offrendo garanzie circa il mantenimento del salario di risultato pur a fronte di assenze legate alla gravidanza. «Un contratto che, pur non essendo un risarcimento di quanto perso negli anni di blocco, rimette in moto la dinamica retributiva», dice con soddisfazione l'Anao Asso-med, il principale sindacato dei medici ospedalieri.

La firma all'accordo non l'ha invece apposta la federazione Cimo-Anpo-Fesmed, che rappresenta il 22% della categoria, con più presenza tra i Primari. A far storcere loro il naso sarebbe «la carriera unica che, in mancanza di criteri selettivi, offre ai direttori generali di Asl e ospedali la possibilità di favorire progressioni di carriera secondo vecchie logiche clientelari». Tutto il contrario di quel che pensano i sindacati firmatari, che nell'obbligo di conferimento di un incarico dopo 5 anni di attività vedono invece proprio la fine di ogni discrezionalità. —

BY NC ND AL UNO DIRITTI RISERVATI





Un sit-in di medici davanti a Montecitorio per il rinnovo del contratto

SANITÀ

Nuovo ospedale c'è il via libera ma sarà pronto solo nel 2028

Salvetti annuncia la firma dell'accordo
Ecco il progetto: un monoblocco gigante

Da Salvetti il semaforo verde all'ospedale parte l'iter, lavori al via dal 2022 per 6 anni

Un monoblocco gigante con 450 posti letto al posto di Malattie Infettive (che si sposteranno al 4° padiglione) e Dialisi (al 5°

2028. Ad un passo dal centenario degli Spedali Riuniti inaugurati nel 1931 da Vittorio Emanuele III, Livorno potrebbe avere il suo nuovo ospedale. Il percorso è iniziato. Si va avanti sulla base dell'accordo, frutto di una difficile limatura tecnica e politica, raggiunto nei mesi scorsi da Regione, Asl e Comune: dunque, una struttura gigante che sorgerà alle spalle degli storici padiglioni di viale Alfieri, tra il Parterre e via Gramsci, 5 piani fuori terra ognuno dei quali grandi quanto un campo di calcio. Il nuovo ospedale costerà 260 milioni: 195 per la costruzione, 65 in tecnologie. La Regione è pronta a stanziare i primi 195, ha annunciato Salvetti: «È un treno che Livorno non può perdere».

CORSI / INCRONACA

Giulio Corsi

LIVORNO. 2028. Ad un passo dal centenario degli Spedali Riuniti inaugurati nel 1931 da Vittorio Emanuele III, Livorno potrebbe avere il suo nuovo ospedale. Il percorso è iniziato, anzi il treno - per usare le parole del sindaco **Luca Salvetti** - è partito.

Si va avanti sulla base dell'accordo, frutto di una difficile limatura tecnica e politica, raggiunto nei mesi scorsi da

Regione, Asl e Comune: dunque, una struttura gigante che sorgerà alle spalle degli storici padiglioni di viale Alfieri, tra il Parterre e via Gramsci. Un monoblocco imponente, come si vede dal primo rendering realizzato dall'Asl, che si svilupperà più in larghezza che in altezza: cinque piani (oltre ad uno interrato), ognuno dei quali di 7500 metri quadri di superficie, praticamente un campo di calcio ad ogni rampa di scale, disposti a ferro di cavallo.

Per costruirlo serviranno 6 anni, il doppio di quanto è stato necessario per i nuovi ospedali di Lucca e di Pistoia, ma qui c'è la difficoltà in più di dover costruire sulle aree di alcuni padiglioni che saranno abbattuti (il 9°, e il 14° ad esempio) le cui attività dovranno trovare una sede alternativa.

I lavori, peraltro, non potranno partire prima del dicembre 2022, come ha spiegato ai consiglieri comunali in commissione congiunta l'architetto dell'Asl **Icilio Lanini**. Dunque il nuovo ospedale potrebbe essere inaugurato tra il 2028 e il 2029. Sempre che non ci siano intoppi e che si corra. È per questo che Salvetti firmerà l'accordo decisivo per far partire l'iter nei prossimi gior-

ni, accendendo di fatto il semaforo verde all'operazione.

COME SARANNO I 5 PIANI

La suddivisione del nuovo

La nuova struttura si svilupperà su 5 piani ognuno grande quanto un campo di calcio

ospedale prevede al pian terreno il nuovo pronto soccorso, che raddoppierà la superficie attuale e avrà un'area radiodiagnostica dedicata.

Il cuore del monoblocco sarà al primo piano: lì sorgeranno le nuove sale operatorie, la terapia intensiva, subintensiva, l'Utic, la radiologia. Dal secondo piano al quarto troveranno sede le degenze divise per intensità di cura.



450 POSTI LETTO

I posti letto - secondo quanto emerso ieri - saranno un totale di 450, dunque 150 ad ogni piano.

Va detto che oggi i posti ordinari in ospedale sono 378, più una sessantina in day hospital: totale 440.

Non è chiaro se nel conto dei 450 siano inclusi anche quelli dell'ospedale di comunità, che oggi si trova al 10° padiglione.

Ma il numero dei letti nel nuovo ospedale sarebbe comunque notevolmente maggiore rispetto a quello attuale, anche perché resterebbero fuori dal monoblocco sia l'area materno-infantile (45 posti oggi all'8° padiglione) sia le malattie infettive (18 letti). Dunque ai 450 posti andrebbero aggiunti un'altra sessantina di letti. Ma il condizionale in questo caso è doverosissimo.

COLLEGAMENTO CON L'8°

Dicevamo dell'8° padiglione: la struttura, che fa parte del

corpo originale del 1931, è stata completamente ristrutturata una decina di anni fa e nel 2011 è diventata sede di Pediatria, Ostetricia e Ginecologia. Nel progetto si prevede di lasciarla a se stante, collegandola con un passaggio sopraelevato col monoblocco come si vede nel rendering.

MALATTIE INFETTIVE AL 4°

Come abbiamo più volte scritto, il nuovo ospedale nascerà al posto dei padiglioni 9-11, 14, 26, 27, 28 e 29, edifici non sottoposti a vincolo che saranno abbattuti. In particolare il 9° e l'11° padiglione oggi sono sede di Nefrologia e Dialisi e Malattie Infettive. Dunque, prima dell'abbattimento sarà necessario trovare loro una sede. Per il reparto guidato da **Roberto Bigazzi** è previsto un trasferimento provvisorio al 5° padiglione, prima di trovare una collocazione nel nuovo monoblocco. Mentre Malattie Infettive saranno spostate, già

nel 2022 al 4° padiglione e lì rimarranno definitivamente.

IN ODIDA SCIOGLIERE

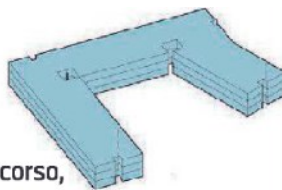
Le partite aperte sono tantissime e nei prossimi mesi riempiranno l'agenda di tecnici e politici, ma è normale poiché siamo appena all'inizio del percorso. La principale è il destino degli storici padiglioni: alcuni resteranno ospedalieri, altri potrebbero ospitare le Rsa villa Serena e Pascoli. Sugli altri i giochi sono aperti. Non è chiaro che cosa sarà fatto degli edifici che oggi ospitano pronto soccorso e blocco operatorio, mentre il bunker per la Radioterapia, dove è da poco arrivato il secondo acceleratore lineare, potrebbe restare nell'attuale collocazione.

Poi c'è la questione del futuro delle succursali delle Mazzini (che hanno sede in un'ala dell'ex Pirelli). E la gestione della viabilità a ridosso del parco Pertini.

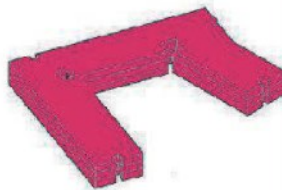
BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

Piano 0:

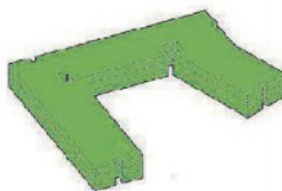
pronto soccorso,
osservazione
breve intensiva,
radiologia pronto soccorso,
ambulatori

**Piano 1:**

blocco operatorio,
terapia intensiva,
subintensiva, Utic,
diagnostica

**Piano 2-3-4:**

degenze
(450 posti letto)

**IL CRONOPROGRAMMA**

31 dicembre 2019: varianti urbanistiche per l'area Ex Pirelli e per gli 11 immobili in vendita dall'Asl

31 gennaio 2020: firma accordo di programma con garanzia della copertura economica

15 febbraio 2020: indagini ambientali

30 settembre 2020: affidamento incarico della progettazione e preparazione gara d'appalto

31 agosto 2021: contratto definitivo del passaggio all'Asl dell'area Ex Pirelli e approvazione del progetto definitivo

31 agosto 2022: realizzazione progetto esecutivo

31 dicembre 2022: aggiudicazione gara e inizio lavori



IL SINDACO

«Pronti 195 milioni Livorno non può perdere questo treno»

LIVORNO. Il nuovo ospedale costerà 260 milioni: 195 per la costruzione, 65 in tecnologie. La Regione è pronta a stanziare i primi 195, hanno annunciato il sindaco **Luca Salvetti** e il direttore amministrativo dell'Asl **Gabriele Morotti**.

È proprio sulla disponibilità del finanziamento che Salvetti ha spinto, annunciando che firmerà a breve l'accordo con Regione e Asl. «Questo è un treno che passa una volta sola e noi dobbiamo prenderlo», ha ripetuto il sindaco davanti alle obiezioni del centrodestra che chiedeva di aprire un confronto. «Avrei potuto firmare l'accordo il giorno dopo la mia elezione, ma ho voluto fare un passaggio coi primari e coinvolgere il consiglio. Ma non siamo nella fase in cui possiamo pensare alternative», ha detto. Secondo Salvetti il monoblocco dietro l'ospedale «non è la soluzione migliore che potevamo avere a dispo-

sizione ma è l'unica soluzione per sfruttare l'occasione di finanziamenti che sono a disposizione. Fra 9 mesi rischieremo di non avere più l'ospedale nuovo», ha detto riferendosi al termine del mandato di Enrico Rossi.

«Questo progetto diminuisce ancora l'offerta sanitaria e il Pd gioca la carta della fretta come negli autogrill del Sud per vendere il pacco ai livornesi. Noi invece vogliamo far conoscere il progetto alla città, agli operatori sanitari e alle parti sociali e con loro migliorarlo per il bene della città», ha replicato **Andrea Romiti** (Fdi). Mentre per **Costanza Vaccaro** (Lega) «Pd e 5 Stelle hanno trascurato la cosa più urgente per i cittadini: la riqualificazione dell'offerta sanitaria ed il livello delle sue prestazioni. Questo è un pacchetto preconfezionato, fumoso sul piano delle prestazioni e il numero dei posti letto rimarrà ben al di sotto della media regionale».



SAN MARCELLO

Sanità e area disagiata i due sindaci convocati in Regione

SAN MARCELLO. Il 5 agosto i sindaci dei Comuni di Abetone-Cutigliano e San Marcello-Piteglio sono convocati in Regione per parlare di area disagiata e Sanità. Intanto, per il prossimo 1° agosto, il Circolo di Fratelli d'Italia di Abetone-Cutigliano ha invitato l'assessore regionale **Stefania Saccardi**, sempre per parlare di Sanità in montagna.

Una decisione che ha suscitato lo stupore della Consulta della Salute ed un pizzico di polemica. Il dibattito si svolgerà a Cutigliano, in Piazzetta Ferrucci, alle 17. Invitati anche il senatore di Fratelli d'Italia **Patrizio La Pietra**, il sindaco **Diego Petrucci**, il vice sindaco di San Marcello-Piteglio **Roberto Rimediotti** e la presidente della Società della Salute **Anna Maria Celesti**. «Riteniamo giusto – spiega FdI – fare un ulteriore tentativo per parlare di un tema prioritario per la montagna, e lo facciamo in uno spirito di dialogo con tutte le istituzioni coinvolte».

Ma il presidente della Consulta della Salute **Emiliano Bracali** spiega di non capire «lo scopo di questo incontro ed invito all'assessore Saccardi. E sinceramente a questo punto, non ho ben chiaro nemmeno a cosa serva la Consulta della Salute, perché ognuno corre come vuole. Tra l'altro non sono stato nemmeno invitato».

La Regione ha comunque convocato Marmo e Petrucci a Firenze per il 5 agosto. «Non ho ancora visto la documentazione inviata – spiega Marmo – ma tutto fa pensare che ci abbiano convocato per affrontare i due temi del pacchetto di Rossi in tema di Sanità in montagna e per il riconoscimento dell'area disagiata, tema che è passato prima dalla commissione sanità per essere affrontato in giunta». —

C.B.



LA REPLICA DELL'ASL TOSCANA CENTRO

«Un'attesa di sette ore ma per la novantenne non occorre il ricovero»

PRATO. In riferimento all'articolo "Anziana lasciata in barella per ore al pronto soccorso" pubblicato ieri dal Tirreno in merito alle proteste della nipote, l'Azienda Toscana Centro precisa che «la paziente è effettivamente rimasta nel Dea di Prato sette ore durante le quali è stata visitata ed ha eseguito gli esami ematici di controllo che sono risultati sovrapponibili o in lieve miglioramento rispetto ad un precedente controllo di alcuni mesi fa, senza evidenziare alcun segno di progressione o di fase acuta». «Per questo motivo - aggiunge la nota dell'Asl - il medico non ha ritenuto sussistessero le indicazioni al ricovero e ne ha illustrato le ragioni alla famiglia. Stante la situazione di affollamento del pronto soccorso nella giornata di martedì la visita e l'esecuzione degli esami sono avvenuti in un'area che è rimasta costantemente sotto la sorveglianza del personale, ma dove purtroppo non può essere autorizzata la permanenza continuativa dei familiari. Tuttavia la paziente ha ricevuto dai sa-

nitari tutte le attenzioni del caso e non risulta che il personale abbia avuto atteggiamenti irrispettosi, salvo sottolineare ai familiari la non necessità del ricovero».

«La paziente - continua la risposta dell'Azienda sanitaria - era stata inviata dal curante per una serie di valutazioni nell'ambito di un peggioramento delle condizioni generali. Si tratta, infatti di una persona anziana con numerose cronicità, ma senza evidenti quadri clinici in fase acuta».

Martedì scorso al pronto soccorso del Santo Stefano di Prato gli accessi sono stati 300 con ben l'80% dei pazienti valutati e inviati a domicilio. «Per quanto riguarda gli spazi - conclude l'Asl - è un problema ormai noto ed al quale l'Azienda sta cercando di dare soluzione e per questo si scusa con i cittadini: gli attuali ambienti spesso determinano disservizi da un punto di vista del comfort ma non incidono sulla qualità delle prestazioni erogate ai pazienti e sui percorsi assistenziali». —



LA PROTESTA

Appello a Jovanotti dei lavoratori Asl nel giorno di sciopero

VIAREGGIO. Il giorno del concerto di Jovanotti il sindacato Fials dei sanitari ha annunciato uno sciopero con relativa protesta davanti all'ospedale Versilia di Lido di Camaiore. Una scelta che però non andrà a influire, assicurano dal sindacato, sull'impegno al concerto.

«Il 30 luglio – si legge in una nota firmata dal rappresentante **Daniele Soddu** – il personale della Asl Toscana Nord Ovest vorrà far sentire la propria voce, più volte inascoltata avendo proclamato uno sciopero per il fabbisogno di personale per l'intero turno di lavoro che culminerà con un presidio di fronte all'Ospedale della Versilia».

I lavoratori hanno deciso di scrivere una lettera aperta al cantante Jovanotti per chiedergli un incontro e poter esporre le loro situazioni: «Un concerto di vaste dimensioni come il tuo – scrivono – necessita però che degli angeli vegolino sul suo svolgimento, pronti a qualsiasi evenienza. Sono gli angeli della sanità pubblica. Vorremmo tranquillizzarti: i lavoratori dell'ospedale della Versilia saranno precettati e rinunceranno (nei settori chiave) a scioperare, proprio per quel senso di responsabilità e dovere, troppo spesso denigrato. Troppe volte abbiamo chiesto di essere ascoltati proprio su questi temi dalle istituzioni. Per questo, con questa lettera sono a chiederti un incontro con una delegazione del personale della sanità, nei giorni della tua permanenza a Viareggio. In quei giorni incontrerai sindaci, politici ed istituzioni. Noi chiediamo di incontrarti per significarti le difficoltà dei lavoratori della Versilia e per far sì che anche Lorenzo Cherubini possa farsi carico di rivendicazioni importanti per le nostre comunità, come quella della sanità pubblica».





Una manifestazione per la sanità

LA TESTIMONIANZA

Stop ai prelievi di sangue con infermieri privati: «La Asl torni indietro»

VIAREGGIO. Crea problemi reali e fa discutere la scelta della Asl Toscana Nord Ovest di non ricevere più prelievi di sangue eseguiti a domicilio da infermieri che fanno la privata professione. «Sono un anziano», scrive la signora Francesca al *Tirreno* che ha raccolto la segnalazione di quanto andava accadendo, «che per i suoi acciacchi, come tanti altri anziani, è costretto a fare frequenti esami del sangue. Da tempo per il prelievo mensile mi avvalgo di infermieri privati che vengono a domicilio, eseguono il prelievo, portano il sangue al Distretto Asl, ritirano il referto e me lo riconsegnano».

In tanti anni, continua la testimonianza, «non c'è mai stato un disguido. È dunque facile comprendere come questo servizio per un anziano, magari solo come me o con parenti/figli che devono andare a lavorare, sia di estrema utilità, necessario. Grazie a questo servizio ho potuto evitare il disagio dello spostamento, dell'attesa, del ritiro degli esami».

Purtroppo adesso non potrà più essere così: «Mi domando se la Asl potrà venire a casa a prelevarmi il sangue», continua la lettera al *Tirreno*, «o se invece sarò costretta ad andare al Distretto, come ho già fatto in questi giorni. Mi è stato detto che per accedere al prelievo domiciliare occorre essere allettati o in carrozzina. Mi domando se chi ha dato questa disposizione pensa per un novantenne sia agevole fare il prelievo al Distretto. Come ci arrivo? Chi mi accompagna? Chi mi aiuta a raggiungere il primo piano? In cuore mio mi auguro che la persona che ha disposto questo divieto sappia di cosa si sta parlando: anziani, malati oncologici, persone che hanno il sacrosanto diritto di scegliere un infermiere privato. E che torni sui suoi passi». —

BY NC ND ALLI DIRITTI RISERVATI



Mammografia a prezzi scontati: convenzione tra ICare e i centri privati

L'annuncio ieri in occasione della presentazione della farmacia di via Coppino accessibile a disabili, anziani e ai passeggeri

VIAREGGIO. Una convenzione tra ICare ed una serie di Centri clinici privati sul territorio per superare il problema delle liste di attesa per le mammografie. «Stiamo convenzionando strutture che effettuano l'esame», spiega il dentista **Claudio Puosi**, membro del Cda di ICare, società interamente pubblica presieduta da **Moreno Pagnini**. «Saranno eseguite in convenzione con ICare ed avranno un costo più basso». Come del resto già avviene con le 12 strutture private che ICare ha convenzionato creando la Carta salute e ICareCup. Alla domanda se sia il caso che una società interamente pubblica favorisca i guadagni di strutture private in ambito sanitario risponde Pagnini: «Chi ci guadagna è solo il cittadino. Perché c'è un vuoto che deve essere colmato». Ed il «vuoto» cui fa riferimento il presidente di ICare è quello della sanità pubblica.

I privati convenzionati - aggiungono i rappresentanti di ICare - «sono stati scelti in base alla qualità del servizio offerto. Se qualcuno si vuole convenzionare non diciamo di no. Per il momento abbiamo scelto le 12 strutture che in città vanno per la maggiore. Tanti hanno chiesto ed abbiamo effettuato una selezione che è durata un anno». Per ICare è **Annalisa Lombardi**, già dirigente medico all'ospedale Versilia, «ad occuparsi delle selezioni, vista l'espe-

rienza di cui è dotata».

L'occasione di parlare di farmacie è stata la presentazione della farmacia di via Coppino, in Darsena, dotata di scivolo per disabili, anziani, passeggeri e carrozzine. In accordo con Mover, è l'annuncio del Comune attraverso l'assessore Gabriele Tomei, «verrà spostata la fermata dei mezzi pubblici in modo che gli autobus dotati di pedana per disabili possano sostare consentendo un facile accesso alla rampa. Nelle vicinanze verrà realizzato un parcheggio per autovetture riservato ai portatori di handicap».

La farmacia di via Coppino prima o poi tornerà anche a fornire il servizio Centro unico di prenotazione con l'Azienda sanitaria Nord Ovest. Attualmente - spiega Pagnini - le farmacie ICare che lo assicurano sono quella della Migliarina, dell'ex Campo d'Aviazione, di Torre del Lago (ristrutturata sarà inaugurata domani) e «ci stiamo organizzando per il Marco Polo».

Sempre nell'ottica di fornire un servizio ai cittadini, è stato installato un defibrillatore di ultima generazione, nell'ambito del progetto «ICare Viareggio Cuore», realizzato dal Comune grazie ad ICare, FarmaCity, in collaborazione con Unicoop Tirreno, l'azienda Asl Toscana Nord Est, il 118 Versilia, Krka, Associazione Pardini onlus, Cirfood e Sistemi Gestionali: un piano di cardioprotezione che prevede il posizionamento di 10 postazioni Dae (Defibrillatore automatizzato esterno), uno per ogni farmacia e due nei cimiteri». —

BY NC ND AL CUN I D R I T T I R I S E R V A T I



BIOETICA Linee guide e nuova legge

Infermieri: no eutanasia Parigi, provetta per tutte

Cura, relazione, dialogo, coscienza: sono le parole chiave del documento col quale la Federazione degli infermieri italiani dà indicazioni per il sostegno nelle scelte di fine vita. Intanto il governo francese adotta un problematico disegno di legge sulla bioetica.

Melina, Palmieri, Schoepflin a pagina 5

Commento di D'Agostino a pagina 3

«Fine vita, nessuno resti solo»

*Dalla Federazione degli infermieri italiani «linee guida» chiare per applicare la legge sul biotestamento
Decisive la cura della persona, la relazione col paziente e la libertà di coscienza contro soluzioni di morte*

L'INTERVENTO

A prendersi cura dei malati sono anzitutto loro, sempre al letto di chi soffre, specie al momento delle scelte decisive. Le professioni infermieristiche ora prendono la parola con un testo di impronta solidaristica

GRAZIELLA MELINA

Al convegno nazionale promosso di recente dall'Ufficio nazionale della pastorale della salute della Cei a Caserta, la presidente del Fnopi, la Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche Barbara Mangiacavalli lo aveva dichiarato con fermezza: nel nuovo Codice deontologico «abbiamo rimarcato che non siamo per l'eutanasia perché in ogni caso salvaguardiamo la vita». Ora gli infermieri hanno deciso di chiarire il proprio ruolo nell'applicazione della legge 219 del 2017 («Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento») – nota come legge sul "fine vita", sul "biotestamento" o "sulle Dat" – stilando un documento specifico in cui si traccia il per-

corso dell'assistenza nelle scelte del paziente relative alle cure da concordare oppure ottenere di sospendere o non praticare affatto.

Le figure professionali infermieristiche lo fanno partendo da un dato di fatto: a prendersi cura dei pazienti, nei momenti di sofferenza e di malattia, sono soprattutto gli infermieri, parte determinante dell'équipe sanitaria cui fa cenno la 219 senza mai citarli esplicitamente. Eppure, nel percorso di assistenza gli infermieri probabilmente sono i primi a entrare in relazione piena e continuativa con i pazienti e a percepire che certe situazioni di fragilità, di perdita di libertà e autonomia rappresentano in effetti «un fenomeno complesso che può generare grandi sofferenze» – come si legge nel documento «La disciplina infermieristica all'interno della legge 219/17» pubblicato in questi giorni – proprio perché «si prova paura a non ricevere le cure e l'aiuto necessario, si prova ansia nel mettere a disagio i propri cari e ci si sente spesso un peso per gli altri».

Ed è proprio «questo tipo di sofferenza che può portare il paziente a decidere di rifiutare o revocare i trattamenti in atto». Gli infermieri, si precisa infatti nel testo messo a punto da un comitato ristretto di esperti, «sono i professionisti che dedicano più tempo accanto ai pazienti e alle famiglie nei diversi contesti di cu-

ra e questo offre loro l'opportunità di sapere e poter cogliere le tante sfumature degli innumerevoli problemi di salute che condizionano la vita di una persona e le sofferenze che possono generare». Spesso si crea infatti «una relazione di continua vicinanza con la persona assistita, in modo specifico in tutte quelle situazioni in cui la stessa non è più in grado di soddisfare i propri bisogni autonomamente, non soltanto perché fisicamente fragile, ma spesso anche quando non è più in grado di attribuire a questi atti un senso e uno scopo esistenziale».

Nei momenti di estrema sofferenza, «gli infermieri – si rimarca – possono fare la differenza: i loro atteggiamenti nei confronti della persona possono diventare ostacolanti o favorevoli l'accettazione della situazione e possono permettergli di elaborare l'esperienza di dipendenza in modo positivo ed accettabile o in modo negativo e insopportabile». La sofferenza, del resto, è «una condizione che coinvolge l'esperienza della persona e anche della sua famiglia» e non



può essere «risolta esclusivamente con i farmaci, che in ogni caso vanno garantiti e resi disponibili secondo le recenti e aggiornate evidenze scientifiche». Anche se, si sottolinea nel documento, quanto alle cure palliative manca ancora un'adeguata informazione dei pazienti, oltre che una capillare disponibilità in tutte le strutture sanitarie. La legge 38 del 2010 (Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore) «richiama quale prima finalità la tutela dell'accesso alle cure mettendo implicitamente in evidenza che – si legge nel documento Fnopi – ancora è un diritto non corrisposto a tutti i cittadini che ne hanno necessità, pur avendolo inserito nei Lea (livelli essenziali di assistenza)», con il decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio del 2017. Rifacendosi inoltre al loro nuovo Codice deontologico, gli infermieri ribadiscono infine la libertà di far valere la propria libertà, con la cosiddetta "clausola di coscienza" nei casi in cui «sia richiesta un'attività "in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali"».

«Speriamo che con questo documento – sintetizza la presidente nazionale Mangiacavalli – gli infermieri italiani possano trovare una guida per contribuire a favorire sempre di più le condizioni idonee per poter permettere alla persona di fare le scelte migliori sulla propria salute, sulla malattia e quindi sulla propria vita, ribadendo che la persona (sana o malata), nel rispetto della sua autonomia, non deve essere lasciata sola nelle scelte che potrà o dovrà compiere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE PAROLE

La cura

Nel documento degli infermieri su come attuare la legge sul fine vita si parla di cura «non riducibile all'erogazione di trattamenti sanitari ma conforme al significato etimologico del termine», cioè «"prendersi cura" dell'assistito e non solo della sua malattia».

La sofferenza

Va intesa «non solo come dolore fisico ma anche come sofferenza globale ed esistenziale. Il dolore è considerato un parametro vitale, in quanto la sua presenza modifica le condizioni fisiche e psichiche della persona».

La coscienza

Richiamando il nuovo Codice deontologico, il documento degli infermieri invoca la «libertà di coscienza» che va «coniugata con il diritto all'autodeterminazione dell'assistito».

Nel nuovo Codice etico c'è la voce del malato

«È un Codice deontologico che ha recepito l'aggiornamento della professione infermieristica sottolineando la qualità del nostro rapporto di relazione e cura col paziente». Così la presidente Fnopi, Barbara Mangiacavalli, illustrava ad "Avvenire" il recente testo, ispiratore del nuovo documento presentato in questi giorni. Al centro del Codice la consapevolezza che l'infermiere è «punto di riferimento dei bisogni del malato, interviene nella concertazione delle cure e dell'assistenza: noi vogliamo mantenere questo tipo di rapporto».

IL COORDINATORE DEL DOCUMENTO

«Reti familiari fragili e diritti sulla carta Serve consapevolezza»

Nicola Draoli
vede «il rischio
che la persona
autodeterminata
per la morte
scelga senza
condizioni di
confronto con
vere alternative»

«**L**e persone sofferenti lasciate sole non sono messe nelle condizioni di poter esprimere con consapevolezza scelte ragionate». Secondo Nicola Draoli, infermiere, consigliere del Comitato centrale del F-nopi (l'organismo nazionale degli infermieri) e coordinatore del gruppo di lavoro che ha stilato il nuovo documento sul fine vita, «il rischio è che i pazienti non siano pienamente consapevoli di quello che accade intorno, delle scelte che si possono fare e delle possibilità che si hanno».

Nel vostro documento rimarcate l'importanza della relazione di cura nel percorso terapeutico.

Oggi abbiamo una difficoltà: i pazienti sono pieni di diritti, la legge 219 ne pone altri, però poi spesso le persone sono sole, il tessuto sociale in cui vivono è disgregato, e sovente è molto fragile anche quello delle reti familiari. A volte le persone sono sole pure dal punto di vista delle reti sociali e delle conoscenze. Le informazioni di natura sanitaria non sono condivise e recepite in maniera chiara, come nel caso delle Dat. Noi vogliamo che le persone facciano sì una scelta, ma non da sole. Perché in quel caso si crea sempre un rischio di negazione dei diritti.

Manca anche un'adeguata informazione sulle possibilità di cura e di terapia del dolore.

Che le cure palliative non siano ancora conosciute lo dicono tutti i rapporti. Noi abbiamo grandi leggi, grandi professionisti, grandi hospice e centri di cure palliative, però questo è un argomento che è ancora poco conosciuto non solo dai cittadini, ma anche dalle organizzazioni e dai professionisti. È chiaro che ormai oggi nel nostro mondo, in cui ci sono sempre più patologie croniche, in molte situazioni ci si potrebbe avvalere di percorsi di fine vita dignitosi.

Eppure sembra che l'urgenza sia invece l'eutanasia.

Il rischio che intravedo nel modello sanitario di oggi è che la persona che si autodetermina e che sceglie per sé la morte lo faccia senza vere e proprie condizioni di confronto, senza una vera alternativa e conoscenza sui percorsi di fine vita multi-professionali, sulla possibilità di contattare uno psicologo... (G.Mel.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN PARLAMENTO

Nuova legge una strada c'è

MARCELLO PALMIERI

Modificare l'articolo 580 del Codice penale, intervenire sulla legge 219/2017... Sembrano tecnicismi giuridici, e lo sono. Ma le loro conseguenze, generate da opposte visioni dell'uomo e della società, aprono un bivio che non ammette una terza via: o verrà sancita la conferma della vita come perno del nostro ordinamento, o sarà concesso di relativizzare la dignità umana e decidere quando e come decidere di morire. Chi stabilirà questo, ancora non si sa. Secondo la Costituzione toccherebbe al Parlamento, unico titolare del potere legislativo. Ma la Consulta ha ricordato che se le Camere non decideranno entro il 24 settembre, provvederanno gli stessi giudici costituzionali.

Per la Corte, il problema

non è il divieto di aiuto nel suicidio in sé,

ma la sua assolutezza. In altre parole: l'illegittimità dell'atto può e deve rimanere se chi chiede col-

laborazione nell'ultimo gesto è una persona fragile; ma può essere af-

fievolita se a invocare la morte è un malato in particolari condizioni. Se il Parlamento non deciderà in tempo, toccherà dunque alla Consulta.

Ma uno spazio d'azione politica – pur stretto – resta: se n'è detto persuaso il presidente della Cei, il cardinale Gualtiero Bassetti: «Sono allarmato – ha dichiarato il 14 luglio ad *Avenire* – per quel che potrebbe significare per tutti noi accettare che si possa legittimamente aiutare qualcuno a morire». Ci sarebbe una via, per evitarlo. La più lineare: l'intervento del Parlamento. Dove una proposta di legge – a firma Pagano (Lega) – vorrebbe rispondere alla Consulta riducendo (non rimuovendo) la pena per i conviventi di un malato gravissimo per il quale siano state tentate tutte le opzioni di cura, e che assecondano la sua richiesta di morte. Ma l'accordo non si trova: alla Camera giacciono infatti altre 3 proposte di legge, tutte eutanasiche, che vanno ben oltre quanto chiesto dalla Consulta.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'editoriale

CI perdono tutti se il primario non fa più il medico

di **Luigi Ripamonti**

Un infermiere ogni sei pazienti. Secondo i dati riportati a pagina 22 questo sarebbe il rapporto ideale perché l'operatore sanitario possa svolgere al meglio la sua funzione. Non è un obiettivo di secondo piano perché gli infermieri rimangono la prima figura di prossimità per i malati, il punto di riferimento per i suoi bisogni, anche psicologici.

E l'importanza degli infermieri è destinata ad aumentare. Con la progressiva riduzione dei medici le loro responsabilità diverranno probabilmente maggiori e più numerose. Il nuovo codice deontologico che si sono dati è in questo senso un chiaro segnale di consapevolezza.

Alla crescente cardinalità nel sistema sanitario di questa categoria di camici bianchi fa da contrappunto la trasformazione del ruolo di chi sta al vertice della piramide nell'organizzazione di un reparto, cioè il primario.

A pagina 23 Alberto Scanni, per anni primario di oncologia, raccoglie il racconto - per non dire, più esplicitamente, il lamento - di un suo collega che spiega come per lui fare il medico in senso stretto sia ormai diventato marginale. Le parole di questo «primario ignoto» sanciscono una rivoluzione copernicana nell'assetto della sanità: se gli infermieri diventano sempre più «medici» il primo fra i medici lo può essere sempre meno.

In un contesto di risorse limitate (anche troppo, come sottolinea Giovanni Fattore sempre a pagina 23) l'organizzazione e la gestione sono, per giocare con le parole, d'importanza «primaria». Quindi è ragionevole che chi è al vertice di una struttura ne sia responsabile a tutti gli effetti. Tuttavia pare legittimo chiedersi se almeno una parte delle incom-

benze che oggi ricadono sul «medico in capo» non possano essere delegate a figure di altro tipo, con competenze tecniche adeguate ma senza coinvolgimento diretto nell trattamento dei ricoverati.

Ne guadagnerebbero non solo i pazienti, ma anche il sistema in termini economici, perché l'esperienza di un bravo dottore (e quindi di un primario degno di questo nome) è una risorsa di enorme valore, che si può tradurre in scelte più oculate sia in termini di diagnosi sia di terapia, con maggiori efficienze e relativi risparmi. Un aspetto particolarmente importante, come ricorda, ancora a pagina 23, Paolo Nucci, in un'epoca in cui il contenzioso medico legale, con relativi atteggiamenti «difensivi» (meglio una Tac in più che una in meno nel caso si debba risponderne in tribunale) non solo fa sentire i suoi effetti sui malati (radiazioni inutili) ma anche sui costi. Quindi bene che gli infermieri siano sempre più consapevoli del proprio ruolo. Meno bene che i primari non possano fare più i primari e che i medici debbano pensare in modo esagerato a cautelarsi a discapito dei pazienti. Il lamento del «primario ignoto» e la proposta di Nucci potrebbero meritare attenzione da parte di chi si occupa di organizzazione sanitaria.

Certo, quando i primari non siano degli assenteisti, come riportato da recenti casi di cronaca.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diabete

PREVENIRLO, CURARLO, DISINNESCARE

Dossier a cura di **Elena Meli**

a pagina **04**

Gli ammalati
sono in rapido
aumento
ovunque

Soprattutto
a causa di diete
scorrette

e sovrappeso
Ma questo
«tsunami»
si può fermare

La grande epidemia (che si può fermare)

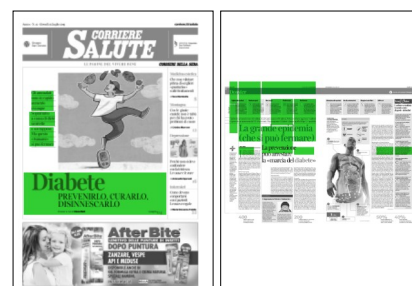
La prevenzione può arrestare la «marcia del diabete»

I diabetici nel mondo sono 415 milioni, fra 20 anni saranno 650 milioni. Nel nostro Paese oggi sono 4 milioni e si prevede un incremento del 35-40 per cento. Ma scongiurare il diabete, almeno quello di tipo 2, è possibile

di **Elena Meli**

Il diabete è un'emergenza globale. Ha numeri da capogiro e per il prossimo futuro le cose sembrano poter solo peggiorare. L'International Diabetes Federation stima una marcia della malattia al ritmo di 21mila nuove diagnosi al giorno nel mondo: oggi i diabetici sono 415 milioni, fra 20 anni saranno 650 milioni. Nel nostro Paese si prevede un incremento del 35-40%: già oggi i malati sono circa 4 milioni. Eppure un

argine ci sarebbe: prevenire il diabete, almeno quello di tipo 2, è possibile e durante l'ultimo congresso dell'American Diabetes Association



(Ada) moltissimi studi hanno dimostrato che le strategie non mancano.

Primi nove mesi

Sta tutto nello stile di vita: il diabete di tipo 2 si sviluppa infatti quando l'organismo perde la sensibilità all'insulina, l'ormone che regola l'assorbimento e l'utilizzo del glucosio, e questo accade più spesso se le cattive abitudini portano ad accumulare grasso o ad avere sempre in circolo una gran quantità di zuccheri da gestire. Così la prevenzione è un percorso che inizia fin dalla gravidanza: dati raccolti su oltre 73 mila nascite dimostrano che se la mamma ha sofferto di diabete gestazionale (l'incremento della glicemia che compare in gravidanza e riguarda fino al 7-8% delle future mamme) il rischio che il figlio prima o poi si ammali di diabete raddoppia. Basta peraltro anche solo che la mamma accumuli troppi chili durante l'attesa, senza quindi neppure avere valori sballati di glicemia, perché la probabilità di diabete di tipo 2 della prole salga del 40 %, fino a triplicare in caso di franca obesità materna. Mantenere il peso forma in gravidanza con un'alimentazione sana e una giusta dose di movimento è quindi essenziale: due regole che poi vanno messe in pratica anche nei figli e fin da piccolissimi, perché purtroppo il diabete di tipo 2 non risparmia più neppure i bambini. Un tempo era un problema «da anziani», che si sviluppava in chi aveva avuto per decenni cattive abitudini. «Ora — spiega Francesco Giorgino, docente di endocrinologia e malattie metaboliche all'Università di Bari, — dati Usa mostrano che dall'inizio degli anni 2000 a oggi la prevalenza del diabete di tipo 2 in ragazzi fra i 10 e i 19 anni è cresciuta del 7% l'anno.

Giovanissimi

L'International Diabetes Federation ha stimato che i giovani fra i 20 e i 40 anni con diabete di tipo 2, che erano l'11% del totale dei pazienti nel 2000, sono diventati il 16% nel 2013. L'epidemia di diabete sta perciò dilagando anche e soprattutto fra i giovanissimi, con conseguenze devastanti non solo perché convivere decenni con la glicemia alta aumenta il pericolo di problemi cardiovascolari e complicanze, ma anche perché sappiamo che quando la malattia compare in giovane età è più aggressiva e difficile da tenere sotto controllo». Lo ha confermato lo studio Today2 dei National Institute of Health statunitensi, discusso durante il congresso Ada e condotto su adolescenti con diabete di tipo 2 seguiti per circa 15 anni: ammalarsi di diabete da ragazzini significa ritrovarsi già a 25 anni con il colesterolo e la pressione alti, ma soprattutto in un caso su due con complicanze serie come la retinopatia e nel 40% dei casi con disturbi renali.

A scuola

In Italia i dati sul diabete di tipo 2 giovanile sono per ora meno allarmanti ma il futuro non è roseo, visto che sovrappeso e obesità sono il prin-

cipale fattore di rischio e i bambini italiani sono fra i più cicciottelli d'Europa (il 24% è sovrappeso, con punte di uno su tre al Sud). «Se si acquisiscono da piccoli tante brutte abitudini poi è molto difficile scrollarsene di dosso», osserva Giorgino. «Un errore molto comune, per esempio, è portare a scuola merende ipercaloriche e pesanti, magari per compensare una colazione inadeguata o addirittura saltata del tutto; oppure fare un pranzo troppo leggero, per esempio perché non piacciono i cibi proposti alla mensa scolastica, per poi abbuffarsi alla sera quando poi non c'è la possibilità di consumare le calorie di troppo. Nei più piccoli capita spesso che la dieta sia sbilanciata verso i cibi di origine animale, dai salumi ai formaggi, e troppo ricca di carboidrati da pane, pasta e patate anziché dai vegetali e da cereali integrali; nei ragazzini un po' più grandi un errore tipico è concedersi snack quando non è necessario, per esempio mentre si gioca al computer o si guarda una serie TV, o fare lo spuntino prima di andare a dormire accumulando calorie che non si smaltiscono. Infine, i giovanissimi italiani sono sedentari: l'ultimo rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità ha sottolineato che 1 bambino su 4 dedica almeno un'ora a giochi di movimento al massimo un giorno a settimana e che meno del 10 % degli adolescenti raggiunge le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in termini di esercizio fisico (un'ora al giorno di gioco libero, sport o movimento, ndr)».

Movimento e alimentazione

L'attività fisica e la dieta sana sono la chiave per prevenire il diabete anche dopo, nel resto della vita, e il fulcro di tutto è mantenere il peso forma: lo studio internazionale Preview ha per esempio dimostrato che in chi è un po' in carne e ad alto rischio di diabete perdere circa l'8% del proprio peso riduce ad appena il 4% la probabilità di ammalarsi nei tre anni successivi. «Abbiamo confrontato una dieta ad alto contenuto proteico e basso indice glicemico (tipico di cibi che non danno picchi di glicemia rapidi ed elevati dannosi per il metabolismo, come i dolci o i carboidrati raffinati, ma che vengono assorbiti lentamente e contribuiscono a mantenere la glicemia stabile come i vegetali o i cereali integrali, ndr) con una dimagrante ma che conteneva proteine in moderata quantità e cibi di indice glicemico medio; quindi, abbiamo valutato se fosse meglio un'attività fisica ad alta intensità per poco tempo o una di livello moderato protratta a lungo. Pensavamo di trovare differenze, invece quel che conta è perdere il peso di troppo, non importa come: un'iniziale dimagrimento repentino grazie a una dieta ipocalorica, seguita da un programma di mantenimento, sembra la ricetta più efficace», sottolinea il coordinatore della ricerca, il fisiologo Ian Macdonald dell'università di Nottingham in Inghilterra. Per l'attività fisica, gli esperti confermano il «dosaggio» raccomandato dall'Oms che negli adulti

consiglia un minimo di 150 minuti a settimana di movimento moderato o intenso; quanto all'alimentazione, gli adulti dovrebbero soprattutto puntare sul verde, visto che un'indagine su oltre 2700 persone seguite per oltre 20 anni ha dimostrato che aumentare il consumo di frutta, verdura, cereali integrali, frutta a guscio e olio d'oliva riduce del 60% il rischio di diabete rispetto a chi non mangia molti cibi di origine vegetale. E non solo per evitare di dimenticarle, le verdure dovrebbero essere il primo piatto da mangiare quando ci si siede a tavola: uno studio del Singapore Institute of Clinical Sciences dimostra che iniziare ogni pasto con insalata, pomodori e simili anziché con i carboidrati da pasta o riso consente di ridurre il picco di glicemia dopo pranzo e cena, che se è troppo alto causa di uno stress metabolico tale da favorire, alla lunga, la comparsa del diabete.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

400

milioni i cinesi che oggi hanno un alto rischio di sviluppare il diabete

200

i milioni di indiani che presentano un rischio molto elevato di avere la patologia in futuro

50%

la quota di diabetici che ha segni di danni alla retina dopo 12 anni di malattia

40%

la quota di diabetici che ha problemi alla funzione renale dopo 12 anni di malattia

Che fare

Tagliare gli zuccheri

Quelli da eliminare sono gli zuccheri semplici e i carboidrati raffinati, che provocano innalzamento consistente e rapido della glicemia. Mangiarne troppi aumenta del 40 per cento il rischio di diabete

Praticare sport

L'ideale sarebbe muoversi un po' ogni giorno: un esercizio di moderata intensità può aumentare la sensibilità all'insulina del 51 per cento, se l'intensità sale ancora il miglioramento è dell'81 per cento

Bere acqua

Deve essere la bevanda principale, sempre: un eccesso di bibite zuccherate (oltre due al giorno) aumenta del 20% la probabilità di ammalarsi. L'acqua migliora il controllo della glicemia e la risposta all'insulina

Perdere peso

Se si è sovrappeso od obesi il rischio di diabete è altissimo: l'obiettivo deve essere raggiungere e mantenere il proprio peso forma. In chi è pre-diabetico, ogni chilo perso riduce del 16% il rischio fino quasi ad azzerarlo

Non fumare

La probabilità di diabete cresce del 61% in chi fuma oltre 20 sigarette al giorno; smettere abbassa il rischio del 13% dopo cinque anni, dopo 20 dall'ultima sigaretta si ritorna al livello di rischio di chi non ha mai fumato

Attenzione alle porzioni

Non conta solo la qualità di quel che si mangia ma anche la quantità: esagerare con le porzioni favorisce l'aumento della glicemia, ridurle può tagliare del 46 per cento il pericolo di diabete

No alla sedentarietà

Lo sport è indispensabile, importante anche non restare seduti troppo a lungo. Bastano piccoli accorgimenti: sgranchire le gambe spesso, stare in piedi mentre si parla al telefono, salire le scale

Mangiare tante fibre

Una dieta a prevalenza vegetale, ricca di cereali integrali, legumi, frutta e verdura aiuta a mantenere bassa la glicemia perché le fibre rallentano e regolano l'assorbimento degli zuccheri

Caffè e tè

Queste bevande possono ridurre il rischio di diabete fino, pare, grazie ai polifenoli antiossidanti di cui sono ricche. Il tè verde riduce il rilascio di zucchero dal fegato e aumenta la sensibilità all'insulina



Vitamina D

La vitamina D non funziona per prevenire il diabete: in passato si era osservata una correlazione fra deficit di vitamina D e comparsa della malattia, perciò si era ipotizzato che prendere supplementi

potesse bloccarla. Un ampio studio presentato al convegno ADA ha dimostrato che non è così: in chi ha un pre-diabete, quindi un elevato rischio di ammalarsi nei successivi dieci anni, prendere supplementi indipendentemente dalla presenza o meno di un deficit di vitamina D non modifica il rischio.

La tendenza

L'impennata in Oriente e Sudamerica

In Medio Oriente, Asia, Sudamerica ci si aspetta il raddoppio dei diabetici in 20 anni. In zone dove nel 2000 il diabete era pressoché ignoto, come l'Asia, il problema è esploso e oggi per esempio la Cina, con 100 milioni di diabetici, è il Paese con il numero più alto di malati seguita dall'India (65 milioni). Spiega il diabetologo Francesco Giorgino: «L'impennata di casi è dovuta al cambiamento delle



abitudini alimentari: anche in questi Paesi oggi si mangia di più e peggio perché si è passati da uno stile di vita rurale a uno più occidentale. Inoltre si è sempre più sedentari».

Vero & falso

La dieta va studiata tenendo conto di gusti e abitudini

A tavola si gioca buona parte della partita per la prevenzione del diabete di tipo 2. Ecco le risposte dell'American Diabetes Association ai dubbi più comuni.

C'è solo una dieta anti-diabete davvero efficace?

F Molti tipi di alimentazione possono ridurre il rischio di malattia o aiutare i diabetici, dalla dieta mediterranea ai regimi vegetariani; quella più giusta per ciascuno dipende da età, gusti, abitudini. Se la glicemia è già alterata è opportuno parlare con un nutrizionista per trovare la più giusta per sé.

Le regole base sono poche?

V Potrebbero essere ridotte ad appena due: scegliere cibi «interi» e non prodotti industriali, elaborati e processati (ad esempio spaghetti al pomodoro fresco anziché un piatto di pasta pronta surgelata), e ridurre al massimo gli zuccheri

aggiunti e i cereali raffinati, preferendo sempre quelli integrali.

Esiste una «dose perfetta» di carboidrati?

F No e non per forza vanno ridotti, l'importante è che non provengano da zuccheri semplici (come i dolci) ma soprattutto da cereali integrali. Anche le percentuali di proteine e grassi, gli altri due principali gruppi di macronutrienti, possono variare e nel caso si soffra già di diabete vanno individualizzate sulle esigenze dei singoli.

Perdere peso aiuta sempre, se si ha qualche chilo di troppo?

V Dimagrire può tenere alla larga la malattia e anche nei diabetici è spesso la chiave di volta per ritardare la necessità dei farmaci: se si è sovrappeso basta perdere il 5 per cento dei chili per vedere un miglioramento tangibile della glicemia.

Sostituire alcuni alimenti con cibi più sani fa la differenza?

V Bastano poche sostituzioni intelligenti per cambiare volto alla dieta: per esempio usare sempre l'olio d'oliva, ricco di acidi grassi monoinsaturi, al posto del burro; preferire il pesce alla carne rossa; scegliere pane, pasta e riso integrali dei corrispettivi raffinati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il diabete di tipo 2, o non insulino-dipendente, è caratterizzato da una ridotta capacità dell'organismo di utilizzare l'insulina, l'ormone prodotto dal pancreas che consente allo zucchero **glucosio** di entrare nelle cellule, dove viene utilizzato come fonte energetica. Se l'insulina funziona male, il glucosio si accumula nel sangue (*iperglicemia*), con diverse ricadute negative per l'organismo

Le cause

Il diabete di tipo 2 è una malattia multifattoriale, in cui sono coinvolti fattori genetici e ambientali. In presenza di una predisposizione genetica, le possibilità di svilupparlo sono maggiori se ci sono i seguenti fattori di rischio:



Sovrappeso od obesità



Livelli elevati di grassi (colesterolo e trigliceridi) nel sangue



Iipertensione



Fumo



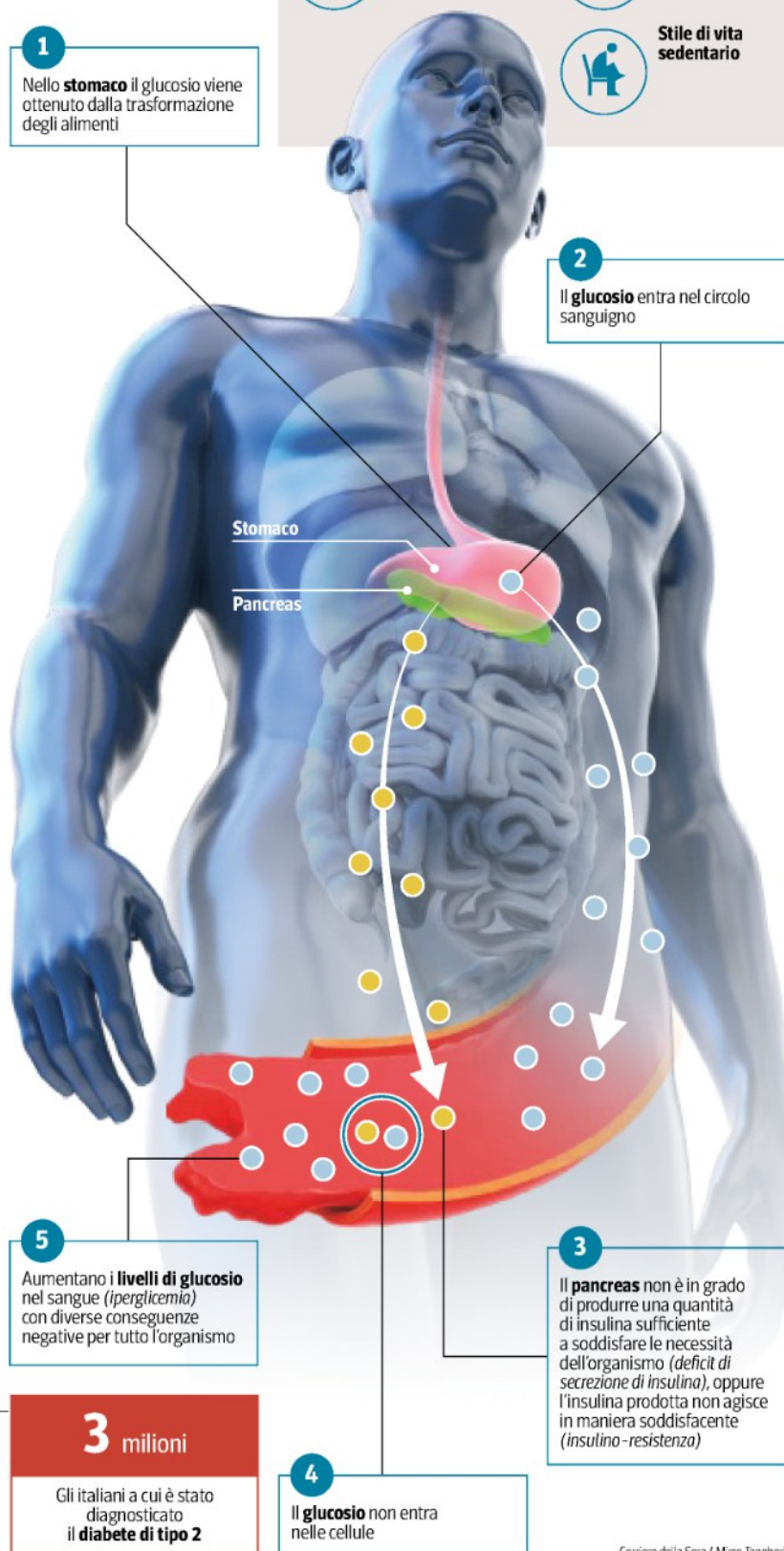
Stile di vita sedentario

1

Nello **stomaco** il glucosio viene ottenuto dalla trasformazione degli alimenti

2

Il **glucosio** entra nel circolo sanguigno



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

Cure più efficaci

Possibili novità nelle linee-guida

I farmaci sviluppati negli ultimi anni
sono più sicuri e hanno dato migliori
risultati nel controllo delle complicanze

10% 300

la quota di casi
di diabete di tipo 1
sul totale

mila i malati oggi in Italia
Di solito la patologia
insorge nell'adolescenza

È stato stimato che il diabete di tipo 2 tuttora accorci la vita di circa 3 anni e riduca gli anni passati in buona salute: chi si ammala deve affrontare disabilità che incidono sulla qualità di vita in media 9 anni prima di chi non ha problemi di glicemia. Per scongiurare guai occorre tenere sotto controllo la patologia seguendo le stesse indicazioni sullo stile di vita che servono per tenerla alla larga: dimagrire grazie a dieta sana e movimento è il primo passo. In molti casi le buone abitudini bastano a riportare la glicemia nella norma, altrimenti servono i farmaci: le linee guida più recenti, approvate sia dall'ADA sia dall'European Association for the Study of Diabetes, prevedono che si parta dagli ipoglicemizzanti orali come la metformina, sicura e ben tollerata, ma che si passi a principi attivi che possono ridurre il rischio cardiovascolare se si è già avuto un infarto o un ictus. Cuore, vasi e reni sono fra gli organi più esposti alle conseguenze di un diabete fuori controllo, tanto che circa 1 diabetico su 4 ha già un problema cardiovascolare in atto e proprio infarti e ictus sono fra i maggiori responsabili del «taglio» di anni di vita nei diabetici. La buona notizia è che oggi esistono farmaci per il diabete con «effetti collaterali» positivi, perché per

esempio consentono di perdere peso o riducono il rischio di infarti, ictus e insufficienza renale: da qualche anno infatti, dopo la scoperta che l'antidiabetico rosiglitazone poteva danneggiare il cuore, è diventato obbligatorio studiare le conseguenze dei nuovi farmaci sul rischio cardiovascolare e da queste indagini stanno emergendo sorprese interessanti. I farmaci con più solide evidenze di riduzione del pericolo di ulteriori infarti e ictus, di mortalità e di ricovero sono alcuni inibitori SGLT-2 e agonisti del recettore GLP-1: durante il congresso statunitense sono stati presentati dati che mostrano come per esempio canaglifozin, un inibitore SGLT-2, protegga cuore e reni nei diabetici coi reni già malmessi; semaglutide, un agonista GLP-1 che si può prendere per bocca, ha dimostrato di poter ridurre la probabilità di infarti e ictus in chi ha già problemi cardiovascolari; dapaglifozin, inibitore SGLT-2, e dulaglutide, altro agonista GLP-1, sono capaci di diminuire l'evenienza di dialisi o trapianto nei diabetici che hanno già una malattia renale. E proprio dulaglutide potrebbe far cambiare le linee guida per il trattamento, in un prossimo futuro, perché si è scoperto che può prevenire infarti e ictus anche in chi non ne ha già avuti: un'iniezione alla settimana riduce del 12% il pericolo di malattie cardiovascolari indipendentemente dal grado di

rischio, stando a dati raccolti su circa 10 mila pazienti seguiti per 5 anni. Commenta Enzo Bonora, docente di endocrinologia dell'università di Verona: «I dati sono interessanti perché i pazienti studiati sono molto simili a quelli che vediamo quotidianamente nei nostri ambulatori: hanno una malattia che dura da una decina di anni, un controllo della glicemia di livello medio e hanno già avuto problemi cardiovascolari in circa il 30 % dei casi. Dulaglutide ha un elevato profilo di sicurezza, riduce la glicemia e anche il peso; questi buoni risultati di prevenzione cardiovascolare su tutti i pazienti potrebbero aprire la strada a una modifica delle linee guida, che ora consigliano di dare farmaci che proteggono il cuore solo se già si sono avuti infarti o ictus. Ogni anno in Italia 50 mila diabetici vanno incontro a un infarto, altri 50 mila a un ictus: utilizzando dulaglutide in tutti coloro che ne avrebbero bisogno potremmo risparmiare oltre 13 mila eventi cardiovascolari l'anno». Va detto che oggi pure chi



dovrebbe avere di diritto la prescrizione di un antidiabetico proteggi-cuore non la riceve: il 20-25% dei pazienti ha già una patologia cardiovascolare ma appena il 10% è in cura con gli agonisti GLP-1 e solo il 10% con uno dei farmaci più nuovi in generale, per i quali serve un piano terapeutico stilato da un centro diabetologico.

E. M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ricerca

Per quello di tipo 1 allo studio immunoterapia vaccini e integratori

Si può prevenire il diabete di tipo 1? Per il momento non ci sono certezze anche perché si tratta di tutt'altra malattia, in cui il sistema immunitario attacca e distrugge le cellule del pancreas che producono insulina lasciando sprovvisti dell'ormone per gestire gli zuccheri nel san-

**L'insulina
manca perché
le cellule del pancreas
che la producono
vengono distrutte**

gue. Compare spesso da bambini o in età giovanile e sulla probabilità incidono fattori genetici, immunitari e ambientali, così per esempio sono considerati ad alto rischio i bimbi che hanno fratelli o genitori malati. Proteggere almeno loro è possibile? A San Francisco si è parlato di un'immunoterapia specifica con un anticorpo monoclonale, che ridurrebbe del 59% il rischio spostando anche

due anni più avanti l'esordio della malattia: in realtà i pazienti coinvolti sono pochissimi (76, di cui solo 44 trattati) e non mancano possibili effetti collaterali, fra cui una depressione della risposta immunitaria che potrebbe aumentare il pericolo di infezioni e altre malattie. Inoltre, uno studio che ha valutato circa 1,5 milioni di bimbi ha suggerito che il vaccino contro il rotavirus possa ridurre di un terzo il pericolo di ammalarsi, ma non è sicuro che i virus possano davvero innescare la comparsa del diabete in soggetti predisposti (e scansare tutti i virus non pare fattibile). Serve però evitare l'obesità, perché sempre più dati indicano che può favorire anche il deragliamento della risposta immunitaria e quindi il diabete di tipo 1. Poco si sa pure su come rallentarlo, o magari bloccarlo, una volta diagnosticato: un aiuto potrebbe venire dagli acidi grassi omega-3 e dalla vitamina D, che spesso sono carenti nei pazienti a fronte di un eccesso di omega-6.

E. M.

I capisaldi

La pillola magica non esiste

Serve muoversi

Sono dieci milioni gli italiani con il pre-diabete. Hanno già una ridotta tolleranza al glucosio e la glicemia un po' sopra la norma a digiuno (cioè fra 100 e 125 milligrammi per decilitro di sangue, limite oltre il quale si fa diagnosi di diabete); di questi oltre due milioni sono ad altissimo rischio, per esempio perché obesi, e destinati a diventare diabetici in un caso su cinque entro cinque anni se non faranno nulla per evitarlo.

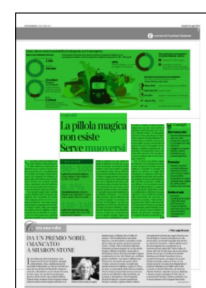
Uno dei più lunghi studi condotti sui pre-diabetici però ha appena sottolineato che è possibile non cadere nella trappola, anche per chi è a un passo dal baratro e non è più neppure giovanissimo: un gruppo di ricercatori svedesi e cinesi, dopo aver seguito per dodici anni un migliaio di ultrasessantenni pre-diabetici, ha scoperto che il 22 per cento torna a livelli di glicemia normali, il 42 per cento resta stabile e soltanto il 13 per cento sviluppa il diabete (c'è anche un 23 per cento di decessi, ma dovuti ad altri motivi). Come sia accaduto lo spiega il coordinatore della ricerca, Weili Xu

del Karolinska Institute di Stoccolma: «I fattori maggiormente associati a un ritorno nella norma della glicemia sono tre: la riduzione del peso, la diminuzione della pressione arteriosa e aver mantenuto un cuore sano, senza malattie cardiovascolari concomitanti. La perdita di peso può migliorare la sensibilità all'insulina, il controllo della pressione aiuta ad abbassare gli zuccheri nel sangue. Al contrario, chi all'inizio dell'indagine era obeso ha registrato un rischio tre volte più alto di andare incontro al diabete». Impedire che i pazienti con una ridotta tolleranza al glucosio progrediscano verso il diabete significa ridurre del 69 per cento la probabilità di andare incontro a malattie cardiovascolari e tagliare del 150 per cento quella di problemi microvascolari, per esempio i disturbi renali o la retinopatia, nell'arco di ben trent'anni: lo dimostrano i dati del Da Qing Diabetes Prevention Study condotto in Cina a partire dal 1986, secondo cui ritardare di almeno sei anni il passaggio da pre-

diabete a diabete comporta un «risparmio» di complicanze anche a distanza di tre decenni. Per scongiurarlo serve cambiare stile di vita, dimagrire, muoversi.

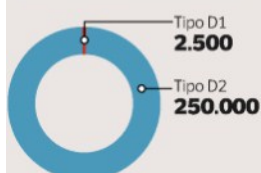
Non c'è invece una pillola magica per riuscirci e se mai qualcuno avesse ancora la speranza di poter «tornare indietro» e impedire lo sviluppo del diabete coi farmaci, lo studio RISE presentato al congresso dell'American Diabetes Association ha contribuito a togliere di mezzo ogni illusione: i dati, raccolti su giovani e adulti con pre-diabete o con una diagnosi molto recente di diabete di tipo 2, mostrano che i medicinali (metformina, insulina, metformina combinata a un agonista GLP-1) non cambiano il destino delle beta-cellule del pancreas che producono insulina. Negli adulti la funzione delle cellule resta buona finché si prendono i farmaci, ma appena si sospendono ogni beneficio scompare e la marcia verso il diabete riprende; nei giovani il vantaggio non c'è neppure durante il trattamento.

E. M.



Come ridurre molto le probabilità di svilupparlo se si è sovrappeso

Nuovi casi di diabete all'anno



10 milioni

Gli italiani con prediabete (ridotta tolleranza al glucosio, alterata glicemia a digiuno)

di cui:
2 milioni

diventeranno diabetici entro 5 anni se non faranno niente per evitarlo

È essenziale intervenire per ridurre il rischio di sviluppare diabete se si è sovrappeso od obesi o se si ha la glicemia a digiuno compresa fra 101-120 mg/dl

58%

rischio di diabete se soggetti in sovrappeso



Per le persone in sovrappeso il rischio di diabete cala se...

- 1 Perdono il 5-7% del peso
- 2 Aumentano l'esercizio fisico: 30 minuti di movimento moderato 4-5 volte a settimana

Esempio di prevenzione in prediabete

Dati Finnish Diabetes Prevention Study:

Dieta utilizzata nello studio:

- Oltre il 50% calorie da carboidrati non raffinati
- Meno del 10% da grassi saturi
- 20-25% da grassi monoinsaturi e polinsaturi
- almeno 30 g di fibra
- 1 g di proteine per chilo di peso

CdS

I valori normali

90-100

la glicemia misurata a digiuno; nel pre-diabete i valori salgono fra 100 e 125 mg/dl

6,5%

l'emoglobina glicata, indicativa della glicemia negli ultimi 2-3 mesi; nel pre-diabete sale fra 6 e 6,5%

120-140

la glicemia misurata entro due ore da un pasto; sale a 140-200 mg/dl nel pre-diabete



Consigli

Bere senza sete

Il rischio disidratazione sale con le alte temperature nei casi in cui la glicemia è alta. Il rischio è maggiore se si usano diuretici o alcuni antidiabetici (per esempio glifozine)

Prevenire

Impedire ai pazienti con ridotta tolleranza al glucosio di andare verso il diabete significa ridurre del 69% la probabilità di malattie cardiovascolari e tagliare del 150% quella di problemi microvascolari

Occhio al sole

Da evitare assolutamente ustioni e dermatiti solari perché possono essere complicate da infezioni che a loro volta potrebbero «scompensare» il diabete

Medicina estetica

Che cosa valutare
prima di scegliere
«punturine»
o altri trattamenti
di **Vera Martinella**

8

Estetica

Una scelta informata su bisturi e «punturine»

Sono sempre di più le persone che scelgono di ricorrere alla chirurgia per cancellare i segni dell'età o un difetto (vero o presunto). Sia che si tratti di «riempitivi» sia di trattamenti più importanti un errore frequente è quello di considerarli «banali»

di **Vera Martinella**

Alzi la mano chi non ha mai desiderato, guardandosi allo specchio, di eliminare quel difetto fisico che proprio non sopporta. Un'imperfezione oppure il segno lasciato da un intervento o un incidente. O, ancora, mitigare un pochino le tracce dell'età che avanza o dei chili di troppo, sentirsi più attraenti. Le possibilità offerte da medicina e chirurgia estetica oggi sono moltissime e, statistiche alla mano, la tentazione ormai riguarda sia donne che uomini. Come fare per non finire sfigurati dagli eccessi, come tante personalità del mondo dello spettacolo, o rovinati irrimediabilmente per essersi affidati incautamente a chi offriva prezzi molto vantaggiosi a scapito della qualità? Nel 2017 in Italia sono stati eseguiti oltre 300mila interventi di chirurgia estetica e più di 650mila trattamenti non chirurgici (come le «punturine» di filler e botulino).

Secondo i dati raccolti dall'International Society of Aesthetic Plastic Surgery, al primo posto delle operazioni effettuate c'è la mastoplastica additiva (l'aumento del seno), seguita da lipoaspirazione e ritocco alle palpebre. «La chirurgia estetica è una cosa seria — ricorda Daniele Fasano, presidente della Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed Estetica (Sicpre) —: ogni gesto è unico e irripetibile, una volta fatta l'incisione non si torna indietro. Per questo è fondamentale informarsi, decidere ponderando bene pro e contro e farsi consigliare: il ruolo del chirur-



go, se ha esperienza e capacità, è quello di correggere il difetto verso un aspetto naturale e armonioso. Nulla a che vedere con l'assecondare idee bizzarre, ci sono limiti che non vanno superati».

La prima cosa da verificare è, poi, che il medico sia specializzato. «Per essere specialista in chirurgia plastica bisogna seguire, dopo la laurea in Medicina e Chirurgia, un corso di specializzazione di cinque anni con tanta pratica in sala operatoria – spiega l'esperto —. Attenzione poi al fatto che non esistono chirurghi plastici e chirurghi estetici: la specialità è una sola».

Altrettanto decisiva è la struttura a cui rivolgersi. Alcuni trattamenti possono essere eseguiti in studio e in ambulatorio (è il caso di filler e botulino); altri necessitano della sterilità della sala operatoria; altri ancora, per essere eseguiti in piena sicurezza, hanno bisogno di ulteriori garanzie, come la presenza costante di anestesisti rianimatori. «Il principio di base è quello di essere in un setting operatorio e organizzativo che permetta di fronteggiare al meglio le eve-

nienze negative, per quanto rare – conclude Fasano —. Attenzione poi a scegliere sempre strutture che risultano accreditate dalla Regione in cui si trovano».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per verificare se il medico a cui ci si affida è qualificato si può andare sul sito www.sicpre.it e cercare i chirurghi specialisti per cognome e per località

Da sapere



Prima visita

Il rapporto di fiducia tra medico e paziente è fondamentale. Il paziente si deve documentare e non temere di fare domande. Diffidare delle prime visite gratis, come se dovessero sempre poi sfociare, per forza, in un'operazione a pagamento

Filler

L'infiltrazione di filler è un atto mini-invasivo, ma serve una valutazione medica. Attenzione ai prodotti: si deve chiedere cosa viene iniettato e se il prodotto è provvisto del marchio CE, che attesta la conformità ai requisiti essenziali richiesti dalle direttive dell'Unione Europea

Lipofiller

In caso di filler preferire sempre prodotti riassorbibili, di solito sono meglio tollerati. Ancor meglio può essere il lipofilling: il grasso corporeo viene prelevato dal paziente e utilizzato come riempitivo per natiche, seno, viso

Acido ialuronico

È il filler principale per attenuare i solchi dell'età e aumentare il volume di zigomi, labbra e guance. Ha durata temporanea (dai 6 ai 18 mesi secondo le formulazioni). Talvolta può dare piccoli ematomi o lividi (reversibili): è fondamentale una mano esperta

Botulino

5 Nella maggioranza dei casi è usato per appianare le rughe della fronte e quelle attorno agli occhi. Come tutti i farmaci ha controindicazioni (per esempio, non va usato in gravidanza) e possibili effetti collaterali come cefalea, reazione cutanea localizzata o eritema

Scegliere in base all'età

6 Fino a un certo grado di invecchiamento e per difetti non troppo importanti, filler e botulino possono dare risultati naturali. Eccedendo, si rischia l'effetto «impietrito», con conseguenze irreversibili. Se i tessuti sono molto cadenti è più adatto un lifting settoriale

Consenso informato

7 Prima di affrontare qualsiasi operazione chirurgica (comprese quelle estetiche) si deve firmare il cosiddetto consenso informato, che espone in sintesi le caratteristiche dell'intervento, i risultati possibili, ma anche le eventuali evenienze negative e i rischi

Attenzione ai prezzi

8 L'onorario del chirurgo è una voce costante, lo stesso il costo della clinica e quello dei materiali: vanno indicati nel preventivo in modo chiaro. Quindi chi propone prezzi ribassati cerca non di rado di attirare pazienti in modo scorretto

Convalescenza

9 Dopo le infiltrazioni di filler e botulino si possono manifestare piccoli arrossamenti e lividi; dopo la blefaroplastica ecchimosi, gonfiore e punti di sutura sono presenti per giorni; per interventi maggiori (addominoplastica o mastoplastica riduttiva) servono riposo e attenzioni

Stagione

10 Alle ferite serve protezione totale dai raggi solari, chi si sottopone a liposuzione degli arti inferiori, deve mettere in conto gonfiore post operatorio e una guaina da indossare per parecchi giorni che può risultare fastidiosa. Meglio quindi evitare l'estate e il caldo

Mastoplastica**Etichetta dettagliata e controlli frequenti per l'intervento al seno**

L'aumento del seno è uno degli interventi di chirurgia plastica più eseguiti al mondo. E le protesi utilizzate per raggiungere l'obiettivo devono essere sicure e controllate. Non si interviene prima dei 18 anni, ad eccezioni di rari casi di gravi malformazioni o, ad esempio, asimmetrie del seno rilevanti. «È fondamentale che il chirurgo espliciti le caratteristiche della protesi scelta — spiega Corrado

Rubino, segretario della Sicpre e direttore della Scuola di Specializzazione in Scienze Mediche Chirurgiche e Sperimentali all'Università di Sassari —. La paziente deve richiedere sempre l'etichetta, con indicazione della tipologia, numero di serie e ditta produttrice. Come indicato dal Ministero della Salute e dalle linee guida internazionali, le donne poi devono fare i controlli periodici concordati».

Cosa fare se si rompono le **costole**

**È un incidente doloroso
(e frequente) di solito dovuto
a una caduta o a uno «scontro»**

**sportivo. Tempi di recupero
diversi se si tratta
di frattura o incrinatura**

di **Vera Martinella**

Una caduta mentre si fa attività fisica in montagna, una botta presa praticando qualche sport acquatico o un brutto colpo al torace in uno scontro di gioco durante la partita con gli amici.

Si arriva spesso così, con un banale incidente, a uno dei guai più dolorosi e fastidiosi (sebbene per fortuna non gravi) in grado di guastare una vacanza: l'incrinatura o la frattura delle costole.

Che fare, allora? Davvero bisogna sopportare pazientemente i tempi lunghi di recupero?

«Sì, non c'è via di scampo — risponde Hayato Kurihara, responsabile della Chirurgia d'Urgenza e del Trauma all'Istituto Humanitas di Milano —. Da una frattura si guarisce in media nel giro di 6-8 settimane, per l'incrinatura ci vuole un po' meno (circa un mese). Ma la terapia è in entrambi i casi la stessa: riposo per permettere alle ossa di calcificarsi, applicazione di ghiaccio nella zona dolente, farmaci antidolorifici. E molta pazienza».

Meglio accantonare l'idea di un bendaggio stretto con l'intento d'immobilizzare il più possibile l'area interessata: «È un falso mito che va sfatato — precisa Angelo Chessa, dirigente medico all'Ortopedia e traumatologia all'Azienda Ospedaliera San Paolo di Milano —: è inutile, limita la respirazione e, quel che è peggio, favorisce l'insorgenza di una polmonite. Molto importante è invece, terminata la convalescenza, la fisioterapia respiratoria, che può essere fatta tranquillamente in autonomia, facendo respiri lunghi e profondi».

Nel periodo immediatamente successivo al trauma vanno evitati gli sport e i movimenti che fanno aumentare battito cardiaco e respirazione, così come i movimenti che comportano la rotazione e la flessione laterale del torace. Si possono però fare passeggiate e, per non sentire dolore, è meglio dormire supini (ovvero a pancia in su), magari mettendo cuscini sotto la schiena per assumere una posizione quasi seduta.

Sebbene il trattamento previsto sia pressoché identico fra incrinatura e frattura c'è comunque una sensibile differenza: «Nel primo caso — chiarisce Chessa — l'osso (ovvero la costola) è rotta solo in parte. Gli eventi traumatici che più comunemente sono causa di incrinatura costale sono i colpi al torace ricevuti durante uno sport di contatto (rugby, hockey su ghiaccio, calcio e pallacanestro sono i più rischiosi), gli incidenti, le cadute. E generalmente quando le costole incrinata sono più d'una si associa anche un'altezzazione dei muscoli intercostali, quelli che consentono alla gabbia toracica di espandersi durante la respirazione. L'infortunio è decisamente più serio se si tratta di una frattura: l'osso è rotto, spesso in una posizione non naturale, e anche quando la spaccatura è "composta" (cioè in linea) può tuttavia scomporsi (disallinearsi) in conseguenza ai movimenti respiratori. In questi casi il dolore può così aumentare invece che regredire e serve grande attenzione perché le estremità appuntite di una costola rotta possono anche ledere i vasi sanguigni toracici, i polmoni, il cuore e i principali organi addominali».

Quali sono i sintomi che devono mettere in allarme e far pensare che non si è presa soltanto una

gran botta?

«Solitamente il dolore che aumenta con il passare del tempo e che diventa decisamente più intenso quando si respira — risponde Kurihara —. Non di rado accompagnato anche da gonfiore e formazione di un ematoma. Indice di maggior gravità è dato dalla comparsa di "mancanza di fiato" che potrebbe essere espressione di un pneumotorace (cioè un collasso del polmone) o di un emotorace (raccolta di sangue nella cavità toracica)».

In questi casi il medico di base può fare poco ed è meglio andare al Pronto Soccorso. Serve una radiografia del torace (che generalmente permette di stabilire con facilità se una costola è solo incrinata oppure fratturata), «Ma spesso è opportuna anche l'esecuzione di un'ecografia e, in casi attentamente selezionati, un controllo con esami del sangue con l'obiettivo di verificare l'integrità degli organi interni e per escludere possibili complicazioni, quali polmoniti o infezioni — conclude Kurihara —. Di frequente, infatti, le fratture costali si associano ad altri traumi. Oltre allo pneumotorace o l'emotorace, si possono verificare complicanze addominali: una costa che si rompe è indice di un "colpo" con una discreta energia e non devono essere sottovalutate lesioni quali traumatismi della milza o del fegato, soprattutto quando sono coinvolte le ultime coste (rispettivamente a sinistra e a destra)».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Respiro

Non riuscire a respirare profondamente predispone a polmoniti e infezioni polmonari. Gli antidolorifici riducendo il dolore consentono di respirare nuovamente in modo profondo, senza patire fastidi eccessivi

La nostra gabbia toracica è formata da 12 coppie di costole, poste in modo simmetrico, che si agganciano allo sterno da un lato e alla colonna vertebrale dall'altro

Le costole che più spesso subiscono una frattura sono quelle situate al centro della gabbia toracica

La rottura delle ultime costole può provocare danni agli organi intra-addominali

La frattura delle costole superiori (prima e seconda), le più alte della gabbia toracica, può comportare lesioni cardiopolmonari o vascolari



Corriere della Sera

Negli anziani

Rischi maggiori quando le ossa sono più fragili

Accade che a incrinarsi o fratturarsi le costole siano anche le persone in là con gli anni, frequentemente dopo uno scivolone in bagno con relativo urto dello sterno. Un problema che si verifica anche per via dell'osteoporosi, tipica dell'invecchiamento, che rende le ossa più fragili. «Le fratture costali nell'anziano non vanno mai sottovalutate — dice Hayato Kurihara —. Sono particolarmente subdole e pericolose, perché si associano spesso a raccolte ematiche nella cavità toracica, legate alla contestuale assunzione di farmaci anticoagulanti o antiaggreganti, o a polmoniti. Così il quadro generale si complica e può portare a complicazioni, che diventano ancor più serie in pazienti che generalmente soffrono anche di altre patologie. Se invece la frattura viene curata bene e tempestivamente, il problema si risolve definitivamente senza lasciare strascichi».

Infezioni nei bambini

Piccole ferite, tagli o punture d'insetti le porte d'ingresso

Complice il caldo dell'estate anche semplici lesioni sulla pelle possono talvolta diventare occasione di alcune comuni patologie. Ecco come comportarsi

70 **15** **4°**

per cento
le verruche
comuni, a
papula. Meno
diffuse quelle
piane e sotto la
pianta dei piedi

anni. È l'età (a
partire dai 10)
in cui le verruche
sono più frequenti.
Dai 2 ai 5 anni
è più comune
l'impetigine

e 5°: sono gli
spazi fra le dita
dei piedi dove
più spesso
compaiono
micosi

di **Elena Meli**

Con l'estate e il caldo la pelle si scopre. E a volte, soprattutto quella delicata dei bambini, va incontro a piccoli problemi di stagione. Impetigine, funghi o verruche «esplodono» nei mesi estivi, colpendo proprio i più piccoli perché, giocando all'aperto incontrano germi di ogni tipo che possono colonizzare la loro pelle e provocare sintomi fastidiosi. Per prevenirli l'Associazione Mondiale per le Malattie Infettive e i Disordini Immunologici (Waidid) ha di recente diffuso le raccomandazioni per mamme e papà, sottolineando che le infezioni possono anche essere rischiose perché se non restano superficiali sulla cute ma «scendono» fino al derma diventano più complesse da gestire. Spiega Susanna Esposito, docente di pediatria dell'università di Perugia e presidente Waidid: «Sono soprattutto le infezioni batteriche a comportare rischi: può bastare una piccola ferita, un graffio, una puntura d'insetto perché i germi entrino nella pelle e proliferino, diffondendosi anche ad altre aree cutanee o ai tessuti vicini. Per evitare che un'infezione degeneri è importante valutare da quanto è presente la lesione



sulla pelle, quanto è estesa, quali sintomi ha il bimbo: febbre, dolore, forte prurito sono segnali da non sottovalutare. Per poter gestire bene un'infezione, inoltre, bisogna considerare se ci sono fattori predisponenti come terapie in corso, esposizione eccessiva al sole, un contatto con allergeni o animali. I bambini con dermatite atopica, per esempio, sono più a rischio».

Tutti questi elementi possono rendere più complessa la situazione ed è indispensabile chiedere aiuto al pediatra, se si notano alterazioni come rossori, bollicine o lesioni che non passano ma anzi sembrano diventare più grosse, in particolare se si associano a prurito, dolore, febbre. Le infezioni più comuni come appunto impetigine, micosi e verruche si possono gestire facilmente con le giuste terapie e sono evitabili con un'adeguata prevenzione, per mezzo di regole di igiene semplici, come tenere la pelle dei bimbi pulita e ben idratata, cambiare spesso loro vestiti e biancheria, far lavare di frequente le mani con il sapone e tenere corte le unghie per impedire che vi si accumuli la sporcizia e che si possano graffiare. Essenziale anche usare teli, asciugamani e spazzole personali quando si portano i piccoli in piscina o in spiaggia, ma anche non dimenticare le ciabatte in gomma a bordo piscina o quando si fa la doccia in hotel: tutte le superfici dove anche altri camminano sono infatti a rischio contaminazione da funghi e virus.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Vero/Falso

Togliere le croste aiuta la guarigione? F Nel caso della impetigine toglierle potrebbe spargere in giro i batteri ed estendere l'infezione. È meglio eliminarle delicatamente e gradualmente, quando sono del tutto «mature»	Bendare le lesioni riduce il contagio? V Sì, nel caso dell'impetigine è importante perché in questo modo si impedisce che il contagio si diffonda ad altri o ad altre zone della cute, per cui è sempre raccomandabile laddove sia possibile	Abbondare con la pomata accelera il risultato? F Qualunque sia la lesione, impetigine o micosi, è bene non esagerare con la crema o la pomata ma applicarne la quantità necessaria. Esagerare non aumenta l'efficacia ma potrebbe portare più spesso a effetti collaterali	Bisogna rassegnarsi: le macchie resteranno? V Con l'impetigine può succedere, ma le macchie poi se ne vanno col tempo. Le recidive sono comuni ma non devono preoccupare troppo perché non sono segno di una compromissione del sistema immunitario	L'antibiotico va usato sempre, per sicurezza? F Nel caso di impetigine l'antibiotico per bocca serve per i bambini immunocompromessi o in casi particolari che deve identificare il dermatologo. L'antibiotico locale è efficace nella maggior parte dei casi
Molto spesso la «colpa» è delle scarpe? V Usare spesso scarpe da ginnastica poco traspiranti favorisce la comparsa del piede d'atleta, una micosi molto frequente. Aumenta il rischio se dopo la doccia non si asciugano bene gli spazi fra le dita, dove la pelle è più attaccabile dai funghi	La «tinea» non è mai provocata da un fungo? F Il termine «tinea» indica le micosi provocate dai dermatofiti, un tipo di funghi; il termine è seguito dal nome latino dell'area interessata dalla micosi, per esempio <i>tinea capitis</i> al cuoio capelluto, <i>tinea pedis</i> al piede e così via	L'idratazione ha anche una funzione protettiva? V Una buona idratazione serve a combattere le infezioni perché l'epidermide idratata è anche meno soggetta ad avere micro-abrasioni dalle quali potrebbero entrare i germi responsabili delle patologie	Le terapie sono efficaci ma anche dolorose? F Crioterapia, laser, elettrocoagulazione o l'asportazione chirurgica sono solo leggermente fastidiose; anche il trattamento con acido acetilsalicilico o altre sostanze che «sciolgono» la cheratina della pelle non fa male	Mangiare le unghie favorisce le infezioni? V La cattiva abitudine di rosicchiare le unghie favorisce le verruche perché crea i micro-traumi ideali per l'ingresso del virus in un punto, le mani, ancora più esposte dei piedi perché non è altrettanto facile proteggerle

Impetigine Stop ai giochi e niente cortisone sulle bolle

Che cos'è. È un'infezione batterica, fra le più comuni nei piccoli dai due ai cinque anni, che colpisce circa il 12 per cento dei bambini. Si presenta in due forme: quella non bollosa provocata nel 70 per cento dei casi dallo *Staphylococcus aureus* e negli altri casi dallo *Streptococcus pyogenes*; quella bollosa, causata sempre dallo *Staphylococcus aureus*. I batteri penetrano in micro-ferite della pelle e proliferano dando una lesione; per creare una «porta» ai germi possono bastare una puntura di zanzara, una piccola bruciatura o un'escoriazione.

I sintomi. Nel caso dell'impetigine non bollosa ci sono piccole vescicole o pustole, spesso sul viso o sugli arti, che poi evolvono rapidamente in croste gial-

logne e che in genere non sono dolorose né pruriginose ma possono arrossare la pelle intorno; nella forma bollosa sono tipiche le bolle flaccide, trasparenti e spesso pruriginose nelle zone dove c'è più sudore e frizione della pelle come le ascelle, il collo o l'area del pannolino.

Che cosa fare. Bisogna lavare bene la pelle dei bambini dopo che hanno giocato all'aperto e, se ci sono piccole ferite o escoriazioni, vanno disinfettate con cura. Se nonostante le precauzioni si notano le caratteristiche lesioni a bolle si deve chiedere aiuto al pediatra, che può valutare se serve un antibiotico locale o per bocca, nei casi più seri o se il farmaco in crema verrebbe tolto facilmente, per esempio se le bolle sono sul viso, vicine alla bocca.

Gli errori da evitare. Il fai da te con pomate antinfiammatorie che contengono anche cortisone: «Tanti genitori le applicano per lenire il rossore ma il cortisone assottiglia la pelle peggiorando le cose. Un altro errore tipico, non cambiare le abitudini del bimbo: l'impetigine è una malattia infettiva, bisogna curarla e aspettare che guarisca prima di tornare a giocare sulla sabbia con gli amichetti, altrimenti il contagio può diffondersi con molta facilità», raccomanda Esposito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Impetigine

Come si riconosce

- **Bolle sierose** prima limpide, poi torbide, che evolvono in abrasioni e croste giallastre
- Le bolle **possono causare anche prurito**

Le cause

L'impetigine è l'infezione della pelle più comune nell'età pediatrica. È dovuta principalmente a due generi di batteri: lo **Staphylococcus aureus**, che normalmente si trova nel naso, e lo **Streptococcus pyogenes**, che si trova nella faringe



Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

Micosi

Asciugamani e ciabattine per evitare i funghi

Che cosa sono. Le micosi sono infezioni provocate da funghi di diverso genere; sono più probabili in estate perché il clima caldo-umido favorisce la diffusione dei funghi, che pullulano infatti in piscine e parchi giochi dove è presente l'acqua. Possono riguardare sia il cuoio capelluto sia la pelle priva di peli e in genere sono più comuni fra i bimbi della scuola primaria e fra gli adolescenti.

I sintomi. Nel caso di funghi al cuoio capelluto all'inizio c'è una lesione con piccole papule alla base del follicolo del capello, che poi formano una placca circolare arrossata e squamosa; il capello di conseguenza diventa fragile e si spezza, al punto che il bimbo

oltre a lamentare prurito può avere zone della testa in cui i capelli si diradano. Sul resto della pelle, per esempio su mani e piedi, i funghi provocano placche squamose arrossate e leggermente sopraelevate, ad anello, che prudono.

Che cosa fare. La prevenzione è fondamentale. Mettere sempre gli asciugamani sui lettini e utilizzando le ciabatte di plastica per camminare ovunque in piscina o in spiaggia, è indispensabile. Per eliminare un fungo servono antimicotici per uso topico, in crema, che di solito si applicano un paio di volte al giorno per circa due settimane; è raro che servano prodotti per uso sistemico, ma può capitare se la micosi è estesa.

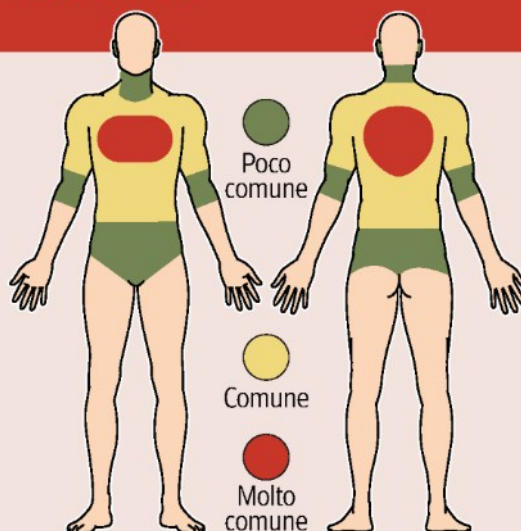
Gli errori da evitare. Le lesioni non sono sempre uguali e possono essere scambiate facilmente per infezioni di altro genere, il rischio è trattarle in modo improprio con il fai da te, per esempio con antinfiammatori: se non si è certi che si tratti di un fungo è sempre bene chiedere al pediatra o al dermatologo, necessario se il problema è esteso e richiede una cura più «aggressiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Micosi

Come si riconoscono

- Nel caso di funghi al cuoio capelluto all'inizio c'è una lesione con piccole papule alla base del follicolo del capello, che poi formano una **placca circolare arrossata e squamosa**
- Sul resto della pelle, per esempio su mani e piedi, i funghi provocano **placche squamose arrossate** e leggermente sopraelevate, ad anello, che prudono

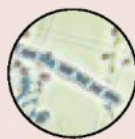


Le cause

- Le micosi cutanee sono infezioni provocate da funghi microscopici classificati in tre grandi gruppi:



Dermatofiti



Lieviti



Muffe

- Possono riguardare sia il **cuoio capelluto** che la **pelle priva di peli** e in genere sono più comuni fra i bimbi della scuola primaria e fra gli adolescenti

Verruche

Le causa un virus

Attenzione al contagio

Che cosa sono. Si tratta di lesioni da infezioni virali provocate dal virus del papilloma umano, molto frequenti nell'infanzia (colpiscono il 5-10 per cento dei bambini) ma anche durante tutta l'adolescenza; sono più a rischio le persone con deficit del sistema immunitario e gli allergici. Le verruche si trasmettono per contatto diretto in ambienti contaminati come piscine, palestre, spogliatoi: il virus entra nella pelle da minime abrasioni (infatti si trovano spesso su mani e piedi, ginocchia e gomiti).

I sintomi. L'incubazione del virus può durare anche mesi, poi compaiono papule circoscritte con la superficie rugosa e irregolare; esistono anche le verruche plantari, protuberanze rotonde, rugose e

giallastre localizzate sulla pianta dei piedi, e le verruche «piane», che sono solo leggermente rilevate e hanno dimensioni di solito inferiori ai 3 millimetri, con un colore dal rosaceo al marroncino. Queste ultime possono anche essere multiple e distribuirsi lungo la linea di un trauma cutaneo, per esempio sul margine dei capelli dove passa il pettine.

Che cosa fare. Le verruche interessano la parte superficiale della cute e non cicatrizzano se non sono trattate in modo aggressivo, eliminando la parte infetta: «Per farlo si utilizzano trattamenti topici a base di acido acetilsalicilico, ma in caso di verruche resistenti anche nei bambini si può ricorrere all'applicazione di azoto liquido o alla crioterapia, che distruggono il tessuto della verruca con il freddo», spiega Esposito.

Gli errori da evitare. Nel 50 per cento dei casi scompaiono da sole nell'arco di un paio di anni ma senza trattamento, essendo contagiose, possono trasmettersi in altre zone del corpo: basta toccarle per trasportare il virus altrove, per cui è opportuno chiedere subito consiglio al pediatra. Non intervenire, inoltre, può far sì che si estendano e «affondino» nella cute rendendo più difficile eliminarle.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Verruche

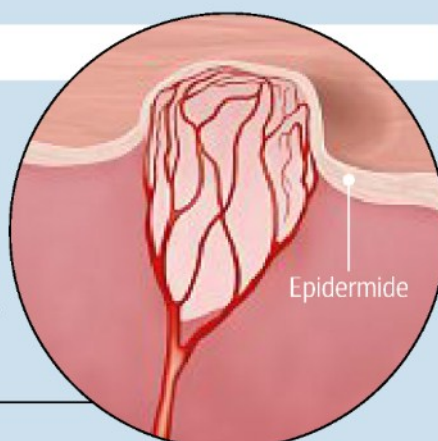
Come si riconoscono

L'incubazione del virus può durare anche mesi, poi compaiono (1) **papule circoscritte con la superficie rugosa e irregolare**; esistono anche (2) **verruche plantari, protuberanze rotonde, rugose** e giallastre localizzate **sulla pianta dei piedi** e (3) **verruche «piane»**, che sono solo leggermente rilevate e hanno dimensioni di solito inferiori ai 3 millimetri, con un colore che varia dal rosaceo al marroncino



Le cause

Le **verruche** sono causate da un'infezione sostenuta dal **Papilloma virus umano (Hpv)**. Questo virus induce la moltiplicazione delle **cellule dell'epidermide**, dando luogo a **escrescenze carnose di natura benigna**



Montagna

Con le giuste
cautele non è tabù
per chi ha avuto
problemi di cuore

di **Cristina Marrone**

12

Montagna per tutti

Non è un tabù per chi ha qualche problema al cuore

In genere anche persone con problemi cardiaci o respiratori, in un quadro di stabilità clinica, possono tollerare quote fino a 2 mila metri. Gli aggiustamenti delle terapie vanno discussi con il medico

**I bambini piccoli
non vanno portati in
funivia sopra i 3 mila
metri per il rischio
di edema cerebrale**
di **Cristina Marrone**

Il clima piacevolmente fresco, lontano dall'afa della città, il poco smog, l'assenza dello stress e del caldo tipico della spiaggia spingono sempre più persone, anche over 65, a scegliere la montagna come meta delle ferie estive. Una vacanza tra i monti può essere tra l'altro una spinta per fare attività fisica e magari mantenere la buona abitudine una volta tornati in città. Chi ha il diabete deve ricordare che il maggior movimento riduce la glicemia, diminuendo la necessità di insulina e di farmaci ipoglicemizzanti. «Succede spesso però che chi ha patologie di tipo cardiologico o respiratorio tenda a minimizzare le sue condizioni con il medico di famiglia per paura di sentirsi dire di non partire» commenta Luigi Festi, presidente della Commissione medica del Cai

(Club Alpino Italiano). Non è l'atteggiamento giusto. «La montagna non è off limits neppure per pazienti cardiologici — aggiunge Gianfranco Parati, professore di Medicina Cardiovascolare all'Università Milano-Bicocca e Direttore Scientifico dell'Istituto Auxologico Italiano di Milano — ma bisogna andarci preparati, sapendo che il sistema cardiovascolare ne può risentire, affrontando la situazione con prudenza, eventualmente aggiustando la terapia dopo aver sentito il parere del medico. Ogni caso è a sé».

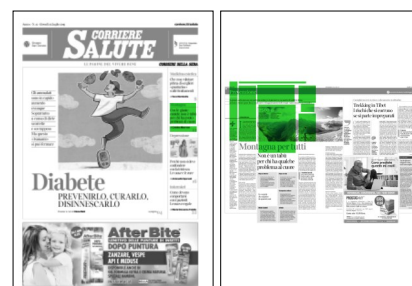
Alta quota

Per alta quota si intende un'altitudine superiore ai 2500 metri. «In genere anche pazienti con problemi cardiaci o respiratori, in un quadro di stabilità clinica, tollerano l'altitudine fino a 2 mila metri — spiega Parati —. Oltre i duemila metri, ma per chi è anziano ciò vale già sopra i 1500-1600 metri, l'organismo può faticare un po' ad adattarsi alla minor quantità di ossigeno: malessere, difficoltà a dormire, mancanza di fiato per piccoli sforzi, mal di testa pressione alta sono i segni tipici del disagio. Possibili complican-

ze dipendono dal proprio stato clinico e a volte da alterazioni del nostro apparato cardiovascolare che ancora non si sono manifestate con sintomi. Salire in quota è infatti un po' come fare un test da sforzo che può rendere evidente dei problemi ancora nascosti a riposo».

La reazione dell'organismo

In alta quota la capacità di esercizio si riduce perché l'ossigeno è più rarefatto e quindi meno disponibile. L'organismo mette in atto sistemi di adattamento per rispondere alla diminuita pressione di ossigeno nell'aria: il cuore accelera i battiti per pompare più sangue ai tessuti, la pressione sanguigna aumenta e il respiro si fa più veloce per incamerare più ossigeno, eli-



minando contemporaneamente più anidride carbonica. Di notte cresce il numero di apnee centrali (il cosiddetto respiro periodico) e si respira peggio. Chi è giovane e sano «compensa» meglio queste reazioni rispetto a chi non è più giovanissimo e ha già la pressione un po' alta. «Se una persona è ipertesa e giovane - precisa Parati - non ci sono particolari problemi e si può eventualmente aggiustare la terapia. Se si è avanti con gli anni e si soffre già di ipertensione da tempo, ci possono già essere danni agli organi bersaglio dell'ipertensione, come cuore e cervello, e in questi casi gli sbalzi di pressione indotti dalla quota possono aumentare il rischio di un Tia, un attacco ischemico cerebrale e diventa importante ritoccare la terapia su consiglio medico. Se però la pressione è troppo alta e non è ben controllata, e nella storia personale ci

sono già eventi cardiovascolari, è meglio non salire sopra i 2000 metri».

Il fattore tempo

In quota entra in gioco anche il fattore tempo, come chiarisce Luigi Festi, che è anche chirurgo presso l'Ospedale di Varese, ideatore e coordinatore del Master in Mountain Emergency Medicine: «Se una persona sale con la funivia sopra i 3 mila metri è chiaro che l'organismo soffrirà di mancanza d'ossigeno e metterà in atto una serie di meccanismi compensatori fisiologici. Se ci si trattiene a queste altitudini per due o tre ore, il tempo di scattare qualche foto e consumare un pasto veloce, non succederà nulla. Il vero mal di montagna, che ha diverse gradazioni di gravità, subentra dopo sei-otto ore di permanenza in alta quota, ad esempio se si decide di pernottare senza un'adeguato acclimattamento

in un rifugio sul Monte Bianco o sul Monte Rosa, sopra i 3 mila metri». Possono subentrare sintomi come mal di testa, insonnia, nausea, vomito, disturbi respiratori, dispnea, letargia, fino a conseguenze più estreme come edema cerebrale o, più raramente, polmonare.

Divieto assoluto

Discorso a parte meritano i bambini. «I più piccoli, quelli in età prescolare — avverte Luigi Festi — non andrebbero portati sopra i 3 mila metri in funivia perché lo stato di ipossia può effettivamente provocare un edema cerebrale dal momento che la loro scatola cranica è ancora piccola e in formazione. Inoltre non riescono a esprimere la loro sofferenza, al limite piangono, ma il motivo resterà sconosciuto».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il pH cambia in vetta

Sulle cime tutti possono andare incontro al mal di montagna: succede quando si sta a lungo oltre i 2500 metri perché la località delle ferie è sopra a questa quota oppure se si dorme in un rifugio in altitudine. L'organismo infatti si adatta cominciando a respirare più velocemente per incamerare più ossigeno. L'aumento della frequenza dei respiri porta però a espellere più anidride

carbonica. La riduzione di questa sostanza in circolo, a sua volta, fa aumentare il pH del sangue rendendolo più basico creando la cosiddetta «alcalosi respiratoria». Le conseguenze sono mal di testa, nausea, tachicardia, incertezza nei movimenti. Se questi sintomi sono leggeri, non compaiono tutti insieme e spariscono nel giro di due o tre ore si tratta di un normale processo di acclimattamento, durante il quale il corpo di abitudine alla riduzione di ossigeno nell'atmosfera.

Dopo un infarto

Chi ha avuto un infarto da uno o due anni e si è stabilizzato, come dovrebbero testimoniare la prova da sforzo e l'ecocardiografia, può andare in alta quota. Se invece l'evento è recente, le altitudini elevate sono sconsigliate

Dopo un ictus

Chi ha sofferto di ictus o ha subito un TIA (attacco ischemico transitorio), patologie caratterizzate da ridotto apporto di ossigeno al tessuto cerebrale, può affrontare l'alta quota dopo 3-6 mesi se non ha sintomi, è in terapia e si è stabilizzato

Durante la salita è sconsigliato l'uso di qualunque genere di alcolici ed è bene bere almeno due litri di acqua al giorno

Le regole da seguire in questi casi

Scompenso cardiaco

Gli scompensati cronici e stabilizzati riescono a tollerare l'altitudine. Se l'insufficienza cardiaca è «compensata», cioè la persona è in cura e riesce normalmente a compiere attività fisiche può andare in quota. Vanno però evitati gli sforzi

Divieti assoluti

No all'alta quota per pazienti con cardiopatie instabili (aritmie severe, scompenso cardiaco non controllato dalla terapia, infarto recente) oltre che per chi soffre di patologie respiratorie croniche come ipertensione polmonare o Bpco (consultare lo pneumologo)

Aritmie

Chi ha disturbi del ritmo cardiaco non ha grandi problemi ad adeguarsi alle altitudini elevate (fatta eccezione per chi soffre di aritmie ventricolari importanti), così come chi soffre di fibrillazione atriale. Anche infartuati e trapiantati, una volta stabilizzati, possono salire in quota



Una vita allo specchio

Con tutti gli organi al contrario

Si chiama «situs inversus

totalis», una condizione

anatomica rara ma con la quale

si può convivere senza troppi

problemi. Basta che i medici

ne siano sempre informati

Le differenze più evidenti sono legate alla posizione del cuore, che ha la punta rivolta verso destra e del fegato, che si trova nella porzione sinistra dell'addome

10 95

la quota di casi in cui si possono trovare cardiopatie congenite in persone con *situs inversus totalis*

per cento il riscontro di cardiopatie congenite nei casi di *situs inversus* con levocardia (cuore a sinistra)

di **Alberto Gnemmi***

In *New England Journal of Medicine* riporta, nel numero di giugno, il caso di un uomo di 66 anni che si è presentato al pronto soccorso dell'Università di Medicina del Massachusetts, lamentando tosse e dolore al torace e all'addome. Gli accertamenti eseguiti hanno ben presto consentito di documentare che gli organi interni di questo individuo si trovavano in un posizione completamente speculare, rispetto alla consueta anatomia normale: si tratta di una rara condizione, nota con il nome latino di *situs inversus totalis*. Di cosa si tratta? Le differenze più evidenti sono legate alla posizione del cuore, che ha la punta rivolta verso destra (invece che verso sinistra) e del fegato, che si trova nella porzione sinistra dell'addome (anziché a destra). In realtà, tutti gli organi del torace e dell'addome, come polmoni, milza, stomaco, pancreas, intestino, si trovano in una sede, come si deduce dal nome, inversa, cioè dal lato opposto rispetto alla norma. Da ricordare, in particolare, la differente late-

ralità della colecisti e dell'appendice, che sono a sinistra.

Un riscontro occasionale

I sintomi che hanno portato il paziente a chiedere una valutazione medica urgente non avevano nulla a che vedere con il riscontro della anomalia anatomica, scoperta proprio grazie alla visita medica e agli esami eseguiti in seguito ai disturbi da lui riferiti.

Questa condizione può essere *totalis*, come nel paziente descritto (si verifica in un caso su 8 mila), oppure parziale. In quest'ultimo caso è il cuore che si comporta in modo differente dal resto dei visceri: può essere l'unico organo in posizione opposta (si parla allora di *destrocardia*, un caso su 10 mila), oppure l'unico organo in posizione corretta (nel cosiddetto *situs inversus* con levocardia, un caso su 2 mila).

Come accorgersi dell'anomalia? Nella maggior parte dei casi non vi sono sintomi direttamente legati a questa situazione. Una visita medica, effettuata per qualsiasi motivo indipendente, può suggerire l'esistenza di un *situs inversus*, la cui diagno-

si può essere documentata da esami semplici, come un elettrocardiogramma e una radiografia del torace e dell'addome. È quindi insolito che si arrivi a una rilevazione accidentale. Nel caso descritto si trattava, tuttavia, di un soggetto immigrato negli Stati Uniti soltanto da alcuni mesi, dopo che era vissuto in un campo per rifugiati per vent'anni: verosimilmente in passato non dev'essersi per lui presentata la necessità di valutazioni mediche o il grado di attenzione posto in quelle eventualmente effettuate dev'essere stato molto modesto.

Le cause

Il *situs inversus*, nelle sue varianti, viene trasmesso geneticamente, da genitori affetti dalla anomalia o sol-



tanto portatori dei geni responsabili. Si può qui per completezza ricordare, senza necessità di addentrarsi in dettagli mendeliani, come si tratti più frequentemente di una trasmissione «autosomica recessiva», oppure e più di rado legata al cromosoma X. Come vive un soggetto in queste condizioni? La quotidianità può essere del tutto normale, come nel nostro paziente da poco immigrato negli USA, tanto che all'età di 66 anni non aveva ancora consapevolezza della sua condizione. Tuttavia vi possono essere casi meno fortunati, legati all'associazione di patologie cardiache oppure broncopolmonari. Nel *situs inversus totalis* la prevalenza di cardiopatie congenite è del 5-10 per cento, ma raggiunge il 95 per cento nel *situs inversus* con levocardia. Inoltre, in circa un quarto delle persone con questa caratteristica, coesiste un'alterazione del rivestimento delle vie respiratorie, che condiziona frequenti episodi di sinusite e una maggiore suscettibilità alle infezioni broncopolmonari. Possono accompagnarsi anche modificazioni del rivestimento delle tube uterine e della motilità degli spermatozoi, con possibile pregiudizio della fertilità.

Cautele

È molto importante che chi sa di avere una posizione speculare degli organi interni lo faccia presente, preferibilmente con un certificato medico, ad ogni valutazione medica, ribadendolo ad ogni sanitario (medico, infermiere o tecnico) con cui venga in contatto per qualsivoglia motivo (visita, elettrocardiogramma, esame radiologico) a maggior ragione, qualora si trovi nell'imminenza di un intervento chirurgico.

È facile intuire come la lateralizzazione opposta degli organi esponga a possibili errori, ben più frequentemente rispetto a quanto possa avvenire quando l'anatomia individuale non sia modificata.

* cardiologo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

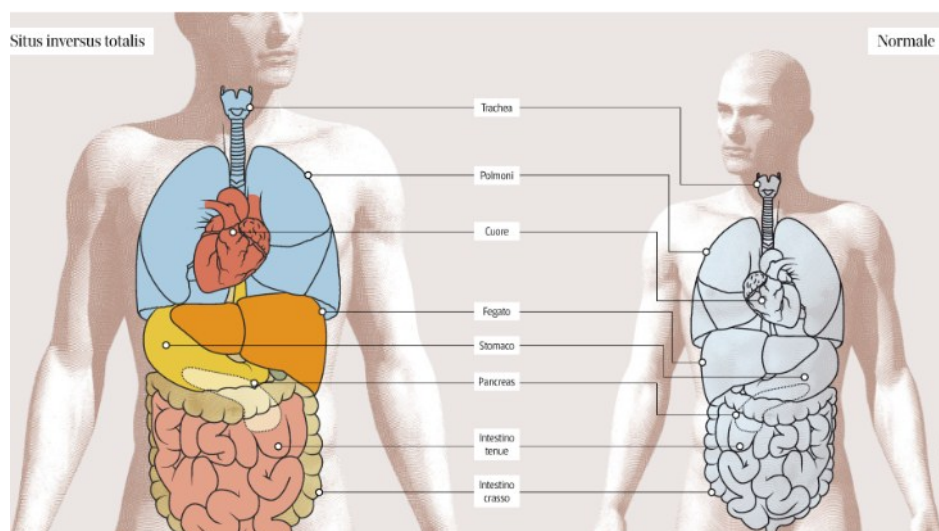


Il caso

Anni fa arrivò in reparto all'Ospedale Sacco di Milano un paziente apparentemente del tutto normale tranne che per uno strano particolare: all'elettrocardiogramma aveva

tutti i segnali elettrici invertiti. Fu così che scoprimmo di avere a che fare con un caso di *situs inversus totalis*. Il che generò qualche problema con il servizio di radiologia, dove la persona in questione ogni volta riusciva a essere assai «sorprendente»

A. Gn.



Immagini radiografiche

La radiografia polmonare e la Tac addominale di un uomo di 66 anni con Situs Inversus Totalis pubblicate sul New England Journal of Medicine del 13 Giugno 2019 da Byron Gentile e Dennis Tighe dell' University of Massachusetts Medical School di Worcester (2019 Massachusetts Medical Society)

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

Rose Marie: 99 anni senza accorgersi di essere «speciale»

Rose Marie Bentkey, americana dell'Oregon, è morta nel 2018 per cause naturali all'età di 99 anni e ha vissuto l'intera vita in buona salute, senza sapere di avere gli organi interni invertiti. La sua era una condizione di *situs inversus*: era come se nel suo corpo ci fosse stato uno specchio. Probabilmente mai nessuno lo avrebbe scoperto, se la donna non avesse deciso di donare il suo corpo alla scienza per permettere agli studenti di medicina di impraticarsi e proprio nel corso di una conferenza di anatomopatologi a Orlando, di recente, se ne è avuta notizia.

Quando gli studenti cominciarono a sezionare il cadavere, nessuno di loro riusciva a individuare la vena cava, condotto venoso che porta il sangue deossigenato da organi e tessuti al cuore perché venga poi riossigenato dai polmoni e rimesso in circolo. Il loro professore era piuttosto sconcertato dal fatto che i suoi futuri medici non fossero in grado di identificare un vaso sanguigno tanto semplice da riconoscere. Ma la verità era che la vena cava non c'era. O almeno non era lì dove avrebbe dovuto essere, bensì collocata a sinistra della spina dorsale e non a destra come di norma. Inoltre invece di terminare direttamente nel cuore la vena cava proseguiva lungo il diaframma, lungo le vertebre toraciche e poi su oltre l'arco aortico per poi svuotarsi nel lato destro del cuore. Ma il cuore non era l'unica anomalia: il polmone aveva due

lobi invece di tre, le vene erano posizionate in posti molto diversi, il ventricolo destro di dimensione doppia rispetto al normale. Inoltre lo stomaco si trovava a destra, invece che a sinistra e il fegato, che di solito è a destra, era a sinistra. La milza si trovava a destra invece che a sinistra e anche il tratto digestivo. Insomma (quasi) tutto al contrario.

Rose Marie nella vita aveva fatto la parrucchiera, ma era sempre stata affascinata dalla scienza, tanto che i suoi figli sono convinti che sarebbe stata un'ottima infermiera se avesse avuto la possibilità di studiare.

Soffriva solo di bruciore di stomaco cronico, causato forse dalla conformazione invertita del suo apparato digerente. Per il resto è sempre vissuta in salute, tanto da avere cinque figli. Proprio per questo la sua condizione è rimasta sconosciuta, non avendo avuto mai necessità di fare esami approfonditi nel corso della sua lunga vita. «L'unico indizio che mia mamma avesse qualcosa di strano è quando le è stata tolta l'appendicite — racconta Louise Allee, la quarta figlia di Bentley, che oggi ha 66 anni — perché il chirurgo ci disse che la sua appendicite non si trovava nel punto giusto, senza aggiungere altro». Non emersero altre anomalie nemmeno in seguito a un'operazione per rimuovere la cistifellea e neppure quando le fu asportato l'utero. Evidentemente erano correttamente posizionati.

Cristina Marrone

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Rose Marie Bentley
(in una foto d'epoca)
nata nel 1918 a Waldport, piccola città sulla costa dell'Oregon, negli Usa, è morta a 99 anni senza sapere di avere gli organi «al contrario»



Depressione



Perché non si deve
confondere
con la tristezza
Le cause e le cure

di Antonella Sparvoli

16

Depressione

Non è normale
tristezza, bensì
una vera malattia

Esiste una predisposizione individuale
a svilupparla, sulla quale agiscono
eventi della vita che ne favoriscono
l'insorgenza. Oggi però ci sono terapie
efficaci per combatterla e vincerla

Secondo alcune stime la depressione colpisce, almeno una volta nella vita, da una persona su cinque a una su tre, con una predilezione per le donne. I casi sono in crescita in tutto il mondo e diverse proiezioni dicono che nel 2030 potrebbe diventare la malattia cronica più diffusa, togliendo il primato ai disturbi cardiovascolari.

Perché si può sviluppare la depressione?

«La depressione non è una condizione unica e omogenea. Esistono diverse forme nelle quali fattori biologici, psicologici e sociali intervengono in modo differente — spiega il professor Claudio Mencacci, direttore del Di-

partimento di salute mentale e neuroscienze dell'Asst Fatebenefratelli Sacco di Milano —. Sono quindi più d'uno gli ambiti da tenere in considerazione. Esiste una predisposizione genetica ma è importante anche ciò che ci accade nella vita, già a partire dall'epoca fetale, e quindi, in senso lato, l'ambiente».

La depressione quindi non è causata da un evento specifico?

«È causata piuttosto dall'interazione fra eventi e vulnerabilità individuale. Oggi ormai sappiamo che di fronte agli stessi accadimenti, sviluppano con più facilità la depressione le persone che hanno una familiarità per la malattia. Ma se è vero che c'è una suscettibilità in-



dividuale, è anche vero che alcuni fattori ambientali possono avere un effetto protettivo. Per esempio, un buon sonno, un'alimentazione varia ed equilibrata, l'attività fisica o, ancora, la rete sociale».

Quali sono i campanelli d'allarme che devono far pensare a una depressione «vera»?

«La depressione non va confusa con la tristezza o la demoralizzazione, che tutti possiamo sperimentare. Si tratta invece di una malattia vera e propria in cui si modifica il modo di funzionare e di percepire se stessi e il mondo circostante. La persona depressa perde il piacere dell'esistenza, perde interesse e spinta vitale, ha l'umore a terra tutto il giorno, tutti i giorni, non sa come andare avanti. Al malessere generale, si accompagnano tanti altri disturbi: si va dalla perdita di peso, senza essersi messi a dieta, oppure, al contrario, anche al suo significativo aumento; dall'insonnia all'ipersonnia; dall'agitazione al rallentamento fisico e mentale».

Come va affrontata la depressione?

«Quando una persona è depressa non basta un semplice sforzo di volontà per stare meglio.

È assolutamente fondamentale che la patologia, con tutte le sue sfumature, venga inquadrata con attenzione da uno specialista per poter personalizzare il trattamento. Oltre che sulla psicoterapia e interventi psicosociali, si può contare oggi su diversi farmaci che agiscono a diversi livelli e con differenti meccanismi. La scelta della terapia dipende dalla gravità della depressione».

Non può bastare la psicoterapia?

«Nelle forme sotto soglia e lievi, la psicoterapia è spesso efficace e sufficiente, ma nelle forme più gravi bisogna intervenire anche con i farmaci, scegliendo la molecola giusta per il paziente giusto. Con una precisazione importante: la terapia farmacologica non sempre funziona subito. Possono volerci anche tre o quattro settimane per avere degli effetti. È quindi fondamentale che il clinico lo segnali al paziente per evitare che abbandoni la cura, considerandola inefficace. L'aderenza e la continuità sono molto importanti perché la terapia abbia successo, cosa che avviene nel 60-80 per cento dei casi».

Antonella Sparvoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Claudio Mencacci
Direttore
Dipartimento
Neuroscienze
Fatebenefratelli-
Sacco, Milano



Genere

Un problema più spesso «femminile»

Le donne sono più soggette a depressione rispetto agli uomini per diversi motivi, ma soprattutto a causa della maggiore esposizione alle fluttuazioni ormonali. Gli ormoni femminili, sia nella fase che precede la prima mestruazione, sia in epoca menopausale, svolgono infatti un ruolo molto importante.

Inflammatione

Una relazione «pericolosa» ormai provata

Negli ultimi anni sempre più studi hanno evidenziato la relazione tra depressione e altre condizioni, a partire dall'inflammatione. «Depressione e inflammatione — sottolinea Mencacci — sono interconnesse tra loro: i pazienti con inflammatione sistemica sono spesso depressi e i pazienti depressi mostrano un aumento degli indici infiammatori. Sono, inoltre, sempre più numerosi gli studi che mostrano un legame tra microbiota intestinale e depressione. I

microrganismi che popolano l'intestino sono in grado di comunicare con il cervello, esercitando così un'influenza sul funzionamento del sistema nervoso centrale. Si è visto che il microbiota, attraverso la produzione di particolari metaboliti, influenza l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, la produzione di citochine proinfiammatorie così come i livelli di sostanze neuroprotettive come il triptofano e l'acido kinurenico».

Le cure

- La depressione si cura agendo su più fronti (*interventi psicosociali, psicoterapia, farmaci, ecc.*) con un approccio multidisciplinare (*medico di famiglia, psicologo, psichiatra, ecc.*)
- Il trattamento varia a seconda della gravità e delle sue caratteristiche

Stadio della depressione	Caratteristiche	Strategie terapeutiche
Sottosoglia	2-4 sintomi depressivi	Supporto, approccio psicoeducazionale
Lieve	5-6 sintomi depressivi	Interventi psicosociali; se persiste psicoterapia o trattamento farmacologico
Intermedia	6-8 sintomi depressivi	Trattamento farmacologico e/o psicoterapia
Grave	Più di 8 sintomi depressivi	Trattamento farmacologico con eventuale psicoterapia

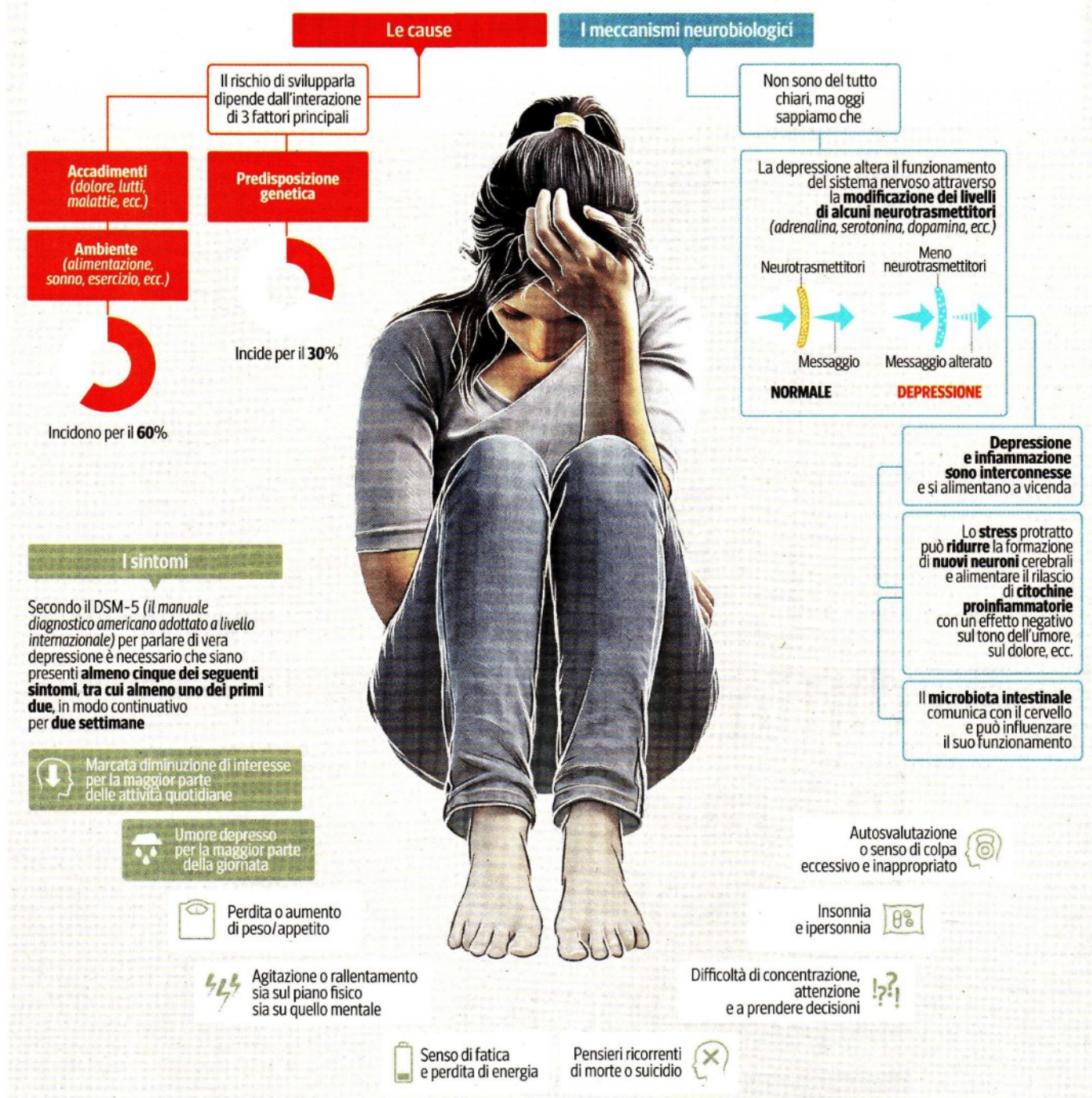
Corriere della Sera / Mirco Tangherlini

La prevenzione

Alcuni accorgimenti inerenti lo stile di vita, ma non solo, possono ridurre il rischio di sviluppare la depressione

- Avere un'alimentazione varia ed equilibrata
- Praticare una regolare attività fisica
- Avere un buon riposo notturno in termini di quantità e qualità (*attenzione all'igiene del sonno*)
- Imparare a identificare i propri valori e obiettivi esistenziali
- Ritagliarsi piccoli piaceri quotidiani
- Diversificare i propri interessi (*famiglia, amici, lavoro, passatempo, ecc.*)
- Costruire legami solidi e profondi (*rete sociale*)

La **depressione** è un disturbo dell'umore molto diffuso che condiziona in modo importante la vita di chi ne soffre. Può esordire a qualunque età, ma più spesso tra i 20 e i 30 anni, e avere un andamento ricorrente. Colpisce da due a tre volte di più le donne rispetto agli uomini



Ottima Sanità in Francia Però soffre la provincia

Il servizio è fra i migliori al mondo, ma la carenza di medici e l'affollamento dei Pronto soccorso non risparmia nemmeno la République. E il disagio dei piccoli centri si è fatto sentire anche attraverso i gilet gialli



In media ci vogliono 20 giorni di attesa per consultare un radiologo, 40 per un ginecologo e fino a 80 per un oculista, ma questi tempi possono anche raddoppiare nelle zone rurali

di **Stefano Montefiori**

Il sistema sanitario è stato a lungo, assieme alla scuola, uno dei grandi vanti della République: gratuito per tutti dal dopoguerra, è un mastodonte che globalmente funziona bene ed è considerato uno dei cardini del «modello francese» - tasse alte ma ottimi servizi - contrapposto a quello americano. Ma negli ultimi mesi sono emersi problemi molto gravi: i «deserti medici» e la crisi dei Pronto Soccorso hanno intaccato l'immagine di un servizio che comunque secondo i dati della Commissione resta al di sopra della media europea.

I deserti medici

Se ne parlava già da anni, ma la questione è arrivata al centro del dibattito politico con la rivolta dei gilet gialli. La protesta verso la fine del movimento si è trasformata, è diventata molto violenta con il saccheggio degli Champs Élysées, e velleitaria con rivendicazioni alte e vaghe come la fine delle ingiustizie nel mondo. Ma nella prima fase, le migliaia di persone che indossavano il gilet giallo nelle strade di provincia francesi chiedevano al governo cambiamenti molto concreti, come più medici nel-



le campagne e nelle zone periurbane.

Secondo i dati del ministero della Sanità, 11 mila 329 comuni francesi, ovvero uno su tre, non hanno neanche un medico generalista. L'accesso alla professione è molto limitato, le facoltà di medicina hanno scelto la strada del numero chiuso con il risultato che solo 8 mila nuovi dottori vengono formati ogni anno, contro 13 mila nel 1970, e quelli che vanno in pensione sono aumentati di 6 volte in 10 anni.

Città e campagna

L'accesso alle cure mediche è uno degli ambiti dove più si vede la frattura tra Francia urbana e rurale di nuovo messa in luce dalla rivolta dei gilet gialli. In media, su scala nazionale, ci vogliono 20 giorni di attesa per consultare un radiologo, 40 per un ginecologo e fino a 80 per un oculista, ma questi tempi possono raddoppiare lontano dalle grandi città, nelle zone rurali o comunque di provincia dove spesso ci sono meno di cinque medici per 10 mila abitanti. Chi vive a Parigi, Lione, Marsiglia, Bordeaux, Strasburgo o Nantes gode di servizi sanitari di alto livello e facilmente accessibili. Gli altri devono mettere in conto che andare dal medico può diventare l'impresa che porta via l'intera giornata, per non parlare delle emergenze e della difficoltà di essere soccorsi rapidamente.

La protesta dei Pronto Soccorso

Nelle ultime settimane anche le grandi città hanno conosciuto la protesta di medici e infermieri delle «urgences», i Pronto Soccorso che lamentano un carico eccessivo di lavoro e la mancanza di mezzi adeguati. Il problema è collegato al precedente: nella Francia profonda dei «deserti medici» il Pronto Soccorso dell'ospedale più vicino è spesso l'unica possibilità per essere curati in tempi ragionevoli. Ma il movimento di protesta in questo caso è partito da Parigi, in particolare dall'ospedale Saint-Antoine, dove a gennaio un paziente ha colpito due infermieri. Gli «urgentisti» che lavorano nei 524 pronto soccorso pubblici francesi denunciano il fatto che il numero dei pazienti assistiti è passato da 10 milioni nel 1996 a 21 milioni nel 2016. «Chiediamo più personale, almeno 10 mila persone, zero ricoveri sulle barelle nei corridoi, e 300 euro netti di aumento

al mese come riconoscimento della difficoltà della nostra missione», dice Candice Lafarge del sindacato Inter-Urgences. Lo sciopero ha provocato problemi gravi, chi ha continuato a lavorare si è trovato a fare turni di 18-20 ore, e in alcuni casi le forze dell'ordine sono andate a casa di medici e infermieri per obbligarli ad andare in ospedale. Nelle manifestazioni, alcuni infermieri hanno minacciato il suicidio per dimostrare la loro disperazione.

La base solida

Deserti medici e proteste dei Pronto Soccorso non devono fare dimenticare un quadro complessivo che resta molto positivo, anche paragonandolo agli altri Paesi. Chi è colpito da crisi cardiaca o ictus in Francia ha più probabilità di sopravvivere rispetto alla media europea, i francesi hanno una speranza di vita (82 anni) più alta della media (80), e la Francia spende per la sanità il 20 per cento in più degli altri Paesi Ue. Grazie alla «sicurezza sociale» pubblica e al sistema delle assicurazioni complementari, la parte delle spese sanitarie che resta a carico del paziente si ferma al 7 per cento, la percentuale più bassa nei Paesi Ocse.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La riforma

Sulla base del piano *Ma Santé 2022* presentato in settembre dal presidente Emmanuel Macron, il (contestato) progetto di legge in discussione nel Parlamento francese prevede la riforma degli studi per rispondere alla mancanza di medici, la soppressione del numero chiuso alla facoltà di medicina, la designazione di 500 ospedali di prossimità, la regolarizzazione dei medici stranieri e l'accesso più facile via Internet ai dati sanitari.

LA FORMAZIONE

Verso l'abolizione del numero chiuso a medicina
Però la selezione dopo il primo anno è durissima

Première année di Thomas Lilti è un film che racconta il «primo anno» di medicina, che è ad accesso libero. Ma per passare al secondo anno bisogna superare due test, al termine del primo e del secondo semestre, che sono durissimi e spesso percepiti come arbitrari, molto basati su questionari scritti dove non c'è tempo per riflettere sulle domande ma bisogna affidarsi un po' alla conoscenza e molto all'istinto. Solo il 20-30 per cento degli studenti riesce a passare all'anno successivo, la selezione si gioca su una frazione di punto e le seconde scelte vengono dirottate su ciò che per loro sono ripieghi, ovvero farmacia o veterinaria. La nuova legge quadro sulla sanità dovrebbe abolire il numero chiuso.

A destra, le fasi di una protesta davanti all'ospedale Pitié-Salpêtrière di Parigi



Infermieri

Come devono
comportarsi
con i pazienti
Le nuove regole

di **Maria Giovanna Faiella**

22

Sapete come devono comportarsi **gli infermieri?**

La Federazione nazionale degli ordini
delle professioni infermieristiche (Fnopi)
ha approvato il nuovo Codice deontologico
Conoscerlo aiuta a chiederne il rispetto

Chi presta assistenza
ha l'obbligo di attivarsi
in caso di privazioni,
maltrattamenti o
violenza contro i malati

2,5

infermieri per
ogni medico
in servizio
è il rapporto oggi
esistente tra le
due figure nella
sanità italiana

di **Maria Giovanna Faiella**

Sono considerate tra le figure sanitarie più «amiche» dai pazienti. Non tutti, però, sanno che adesso gli infermieri si sono anche dati nuove regole di comportamento.

Le stabilisce il «Codice deontologico» approvato all'unanimità a metà aprile dalla Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (Fnopi), che raccoglie circa 450 mila associati, dopo una serie di consultazioni anche con le associazioni dei pazienti.

Di che cosa si tratta? Delle norme di condotta cui devono attenersi tutti gli iscritti agli albi (infermieri e infermieri pediatrici). Ecco perché conoscerle aiuta a chiederne il rispetto.

«Il nuovo codice rinnova l'impegno degli infermieri a curare e prendersi cura della persona assistita, con com-

petenza e umanità, senza alcuna discriminazione» spiega Barbara Mangiacavalli, presidente di Fnopi. «È per noi uno strumento di supporto nell'esercizio della professione e una guida per il cittadino su che cosa deve aspettarsi dall'infermiere».

Vediamo quali sono le principali tutele per gli assistiti rispetto al precedente Codice del 2009, introdotte in seguito ai cambiamenti degli ultimi dieci anni sia nella professione sia a livello legislativo, per esempio in tema di trattamento del dolore, cure palliative, disposizioni anticipate di trattamento, Piano nazionale cronicità.

Un capitolo del Codice 2019 è dedicato ai rapporti diretti con l'assistito. Si chiarisce che nei percorsi assistenziali «l'infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e, con il suo libero consenso le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura»; si attiva a tutela del

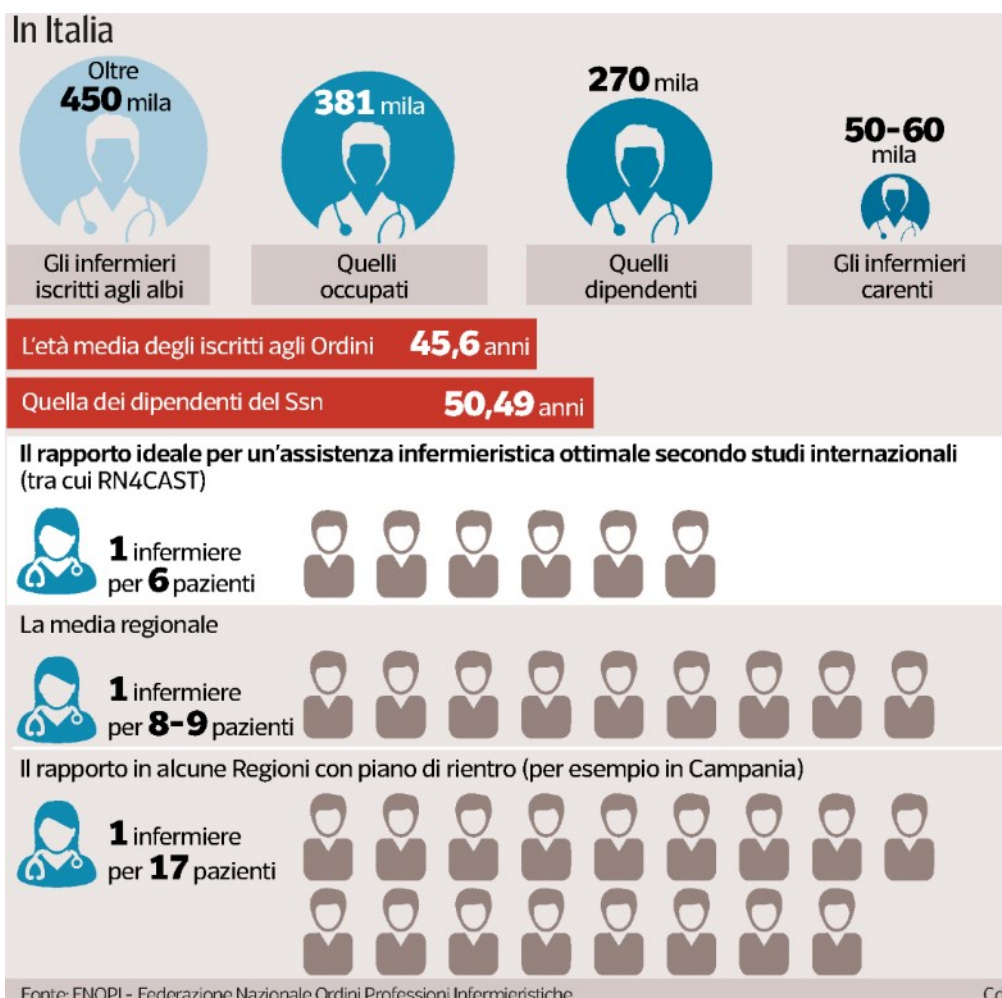
paziente nei casi di privazioni, violenze o maltrattamenti; rispetta il segreto professionale e la volontà dell'assistito, espressa anche in forma anticipata. E poi: previene, rileva e gestisce il dolore dell'assistito e presta assistenza infermieristica fino al termine della vita, sostenendo i familiari anche nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

L'infermiere, oltre a comunicare in modo scientifico ed etico, deve tutelare la riservatezza delle persone e degli assistiti anche quando utilizza mezzi informatici e social media (capo V). E ancora: «L'infermiere riconosce che la contenzione (qualsiasi restrizione fisica, ndr) non è un atto terapeutico»



(art. 35) e «partecipa al governo clinico» (art. 32) per promuovere «le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita». Infine, nella libera professione l'infermiere «formalizza il contratto di cura» con l'assistito.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Che cosa prevede

Regole vincolanti

E sanzioni

per chi non le osserva

Il nuovo Codice deontologico delle professioni infermieristiche è il primo approvato dopo la trasformazione, avvenuta con la legge n. 3 del 2018, dei «vecchi» Collegi in Ordini, quindi con la funzione di enti sussidiari dello Stato nella tutela della salute. Le regole di comportamento che gli infermieri si sono dati nell'esercizio della professione sono vincolanti per tutti gli iscritti all'ordine, pena

sanzioni in caso di inosservanza, come viene precisato nelle disposizioni finali del nuovo codice. Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche e ordini provinciali sono i garanti del loro rispetto. Il codice chiarisce anche che l'Ordine «non interviene nei confronti dell'infermiere impegnato in incarichi politico-istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni».

I principi

L'hanno scritto nero su bianco nel nuovo Codice deontologico all'articolo 4: «Nell'agire professionale l'infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Il tempo di relazione è tempo di cura».

Spiega Barbara Mangiacavalli, presidente di Fnopi, Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche: «Non a caso abbiamo voluto ribadirlo nel capo 1° sui "principi" poiché il valore fondamentale della nostra professione è sempre la relazione con l'assistito, con la sua famiglia, l'equipe di professionisti che lo prende in carico. Ci rifiutiamo di essere "misurati" sui minuti, sul tempo della prestazione, soprattutto in un contesto in cui assistiamo sempre più pazienti complessi e fragili».

Le difficoltà non mancano. Gli studi internazionali dicono che il rapporto ideale per garantire la migliore assistenza è di un infermiere per sei pazienti.

Nel nostro Paese, secondo i dati di Fnopi, nel 2017 (quindi con gli effetti

«Per noi la relazione di cura con i pazienti è fondamentale Ma siamo troppo pochi»

solo del blocco del turnover e non del pensionamento anticipato con «Quota 100») un infermiere si occupava in media di 8-9 pazienti, ma c'era anche un solo infermiere per 17 pazienti, come in Campania (si veda infografica).

Le conseguenze? «Come ha evi-

denziato lo studio *Nurse Forecasting in Europe* (RN4CAST, 2016), una variazione del rapporto infermiere-paziente, uno a sette invece di uno a sei, fa aumentare del 6 per cento la mortalità e del 23 per cento le cure mancate» spiega Giovanna Pentella, past president di Animo,

3:1

è la proporzione ottimale tra infermieri e medici secondo l'Ocse

Associazione nazionale infermieri medicina interna ospedaliera. «In particolare, gli infermieri italiani dei reparti di medicina e simili, coinvolti nello studio, hanno riferito di non aver svolto o aver svolto con minore frequenza le attività legate alla sfera della relazione, della comunicazione e dell'educazione, ma anche quelle connesse all'assistenza diretta, per esempio cambio della postura e sorveglianza adeguata del paziente».

Si apre uno spiraglio per far fronte alla carenza di infermieri, purché siano disponibili le risorse economiche, con la legge n. 60 in vigore dal 2 luglio, che dispone lo sblocco delle assunzioni anche nelle Regioni con piani di rientro.

«Ma per garantire la qualità e la sicurezza delle cure — sottolinea Pentella — occorre anche superare le dotazioni organiche calcolate sui minuti di assistenza per paziente, e uniformarsi ai criteri indicati da studi scientifici, cioè un infermiere per sei pazienti».

M.G.F.

© RIPRODUZIONE È PROIBITA

TROPPI TAGLI ALLA SANITÀ

L'Italia spende già meno dei principali Paesi Ue. Oltre un certo punto ridurre i finanziamenti indebolisce anche sistemi con fondamentali sani come il nostro

di **Giovanni Fattore ***

Si spende abbastanza per la sanità in Italia? La risposta è un secco no. L'Italia spende meno in termini procapite e in percentuale del Pil dei principali Paesi europei. Secondo l'Ocse, la spesa procapite in Italia è di 3.429 € mentre in Francia e Inghilterra è rispettivamente di 4.965 € e di 5.848 €. La situazione è simile anche se si usa una misura relativa: l'Italia spende 1 punto di Pil meno del Regno Unito e quasi 2,5 punti meno di Germania e Francia. Quindi la sanità italiana, mettendo assieme pubblico e privato, spende poco, anzi troppo poco, rispetto a una popolazione che, è sì complessivamente in buona salute rispetto al resto d'Europa, ma è anche molto anziana e lo sarà sempre di più nei prossimi anni. In questo quadro il mix di finanziamento tra pubblico e privato è adeguato? La percentuale di spesa pubblica sul totale è circa il 74%, senza tenere conto delle mancate entrate derivanti dai benefici fiscali previsti per l'Irpef e per il welfare aziendale. È una quota pubblica relativamente bassa: in Regno Unito è il 77% e in Germania quasi l'85%. Non solo in Italia si spende poco ma si spende poco da parte dello Stato! È utile sottolineare che a 40 anni dalla grande riforma del 1978 il livello di salute della popolazione, almeno in termini quantitativi, è tra i migliori del mondo: l'aspettativa di vita alla nascita in Italia è di 83 anni mentre in Germania e Regno Unito è poco di più di 81 anni. Non solo: il nostro è sì un sistema in cui le persone con reddito più alto e

livello d'istruzione superiore stanno meglio di quelle in fasce più basse, ma il gradiente «sociale» è più contenuto che in gran parte del resto del mondo. Tutto bene quindi? No. Sotto un certo livello di spesa si allungano i tempi di attesa e si arriva a modalità pesanti di razionamento, alle spalle dei pazienti. Alcune tecnologie potrebbero non arrivare in Italia e i malati in attesa di interventi, magari non salvavita ma comunque importanti, avrebbero tempi di attesa sempre più lunghi. Inoltre c'è il rischio, oltre che di perdere qualità, anche di diventare meno efficienti. In molte realtà i tagli hanno bloccato il funzionamento di unità operative di strutture pubbliche e private, tolto risorse per progetti innovativi di miglioramento della qualità e imposto condizioni economiche a operatori e fornitori troppo dure per permettere loro di lavorare in modo eccellente. Infine, l'Italia si trova in una situazione drammatica per la disponibilità di nuovi medici e, in misura minore, infermieri. Tagliare la spesa non ha aiutato e non aiuterà a migliorare questa situazione. È positivo essere sobri, ma oltre un certo punto ridurre i finanziamenti, o anche solo non adeguarli alle dinamiche dei prezzi e dei bisogni più oggettivi, finisce per indebolire anche i sistemi con i fondamentali più sani come il nostro. Sarebbe veramente una tragedia se non si sostenesse il Ssn, una delle poche istituzioni pubbliche che ha dato prove di eccellenza, almeno in molte regioni.

* **CERGAS-SDA Università Bocconi**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sotto un certo livello di spesa si allungano i tempi di attesa e si arriva a conseguenze pesanti sulle spalle dei pazienti



Il punto

L'Italia spende già meno dei principali Paesi Ue. Oltre un certo punto ridurre i finanziamenti indebolisce anche sistemi con fondamentali sani come il nostro

UN FONDO CONTRO LA MEDICINA DIFENSIVA



di **Paolo Nucci***

Sebbene ci sentiamo tutti prossimi al paziente vittima di errore o di omissione, esistono spese improduttive e insostenibili dietro la crescita dei contenziosi medico-legali. Costi per la Giustizia: una causa, civile o penale, dura in media 5 anni e, tra udienze, magistrati, avvocati, uffici legali ospedalieri, CTU e perizie, si spendono milioni di euro e si sottraggono risorse ad attività più urgenti. Costi per il paziente, che deve farsi inizialmente carico dell'azione, senza certezze sull'esito, e delle visite mediche per riaffrontare una problematica evidentemente aggravata. Costi per l'ospedale, che, istruendo una procedura interna, impegna personale, tempo ed energie. Costi per il medico, che viene distratto, in maniera totalizzante, dalla sua attività e si trova a lottare con la propria assicurazione, con l'ospedale, che minaccia rivalsa sin dalla prima notizia, e con la parte lesa, che, attraverso il lessico degli avvocati, lo aggredisce con acrimonia ingiustificata (visto che

il danno eventuale è sicuramente stato involontario). Costi per il Ssn, che a causa della medicina difensiva vede aumentare oneri (molti esami inutili a tutela di futuri contenziosi) e diminuire efficienza (rifiuto dell'atto rischioso). Una soluzione potrebbe essere un Fondo Compensativo Nazionale (FCN) cui partecipano lo Stato, secondo un'entità che ricalca il costo annuo delle problematiche medico legali (di cui è facile prevedere una rapida contrazione secondo un circolo virtuoso); il medico, che versa la propria quota assicurativa al fondo; l'Ospedale, che assicura le prestazioni rinunciando a una quota del rimborso, ma è compensato da un congruo recupero sull'incremento di budget se si fa carico di attività a rischio; il paziente, che, su ogni prestazione, paga una piccola cifra con cui assicura sé stesso. Il FCN si fa carico di ogni attività di rimborso dopo il vaglio di una commissione, che ogni ospedale dovrà costituire a sue spese, di soggetti terzi con competenze medico-giuridiche.

**Ordinario di Oftalmologia
Università Statale di Milano*



«FACCIO ANCORA IL PRIMARIO OPPURE SOLO IL BUROCRATE?»

U na volta un dottore
era giudicato bravo se curava bene,
era capace di porre diagnosi,
visitava con attenzione, usava
umanità e disponibilità.
Oggi questi aspetti rischiano
di essere marginali

di **Alberto Scanni**

Una volta un medico era giudicato bravo se curava bene gli ammalati, era capace di fare diagnosi, visitava con attenzione, li seguiva nel decorso della malattia, usava umanità e disponibilità.

Oggi questo aspetto rischia di essere marginale, schiacciato da una serie di incombenze burocratiche che rappresentano più del 50% della sua attività. Mi sono permesso di chiedere a un collega primario cosa deve fare nella quotidianità. Ecco la risposta, non dissimile a quella di altri: «Devo fare orari di servizio. Controllare le ferie, distribuirle, monitorare il debito orario che non sia superiore alle 48 ore settimanali. Devo sapere che siano fatte le SDO (schede di dimissione ospedaliera per finalità amministrative) entro il 10 del mese successivo. Devo assicurarmi che la rendicontazione ambulatoriale sia eseguita ogni mese. Devo monitorare la mia produzione. Devo registrare sul registro Aifa (Agenzia italiana del farmaco) i farmaci ad alto costo. Assicurarmi che siano emessi i file F (documento amministrativo per la rendicontazione di farmaci ad alto costo). Controllare gli estintori che siano carichi. Nelle cartelle ci devono essere tutti i consensi firmati, l'esame obiettivo, i diari giornalieri compilati e firmati, le copie file F e ricette rendicontate per le cartelle MAC (macro attività ambulatoriale complessa); per la degenza la burocrazia è superiore all'immaginario! Assicurarmi che tutto proceda nel massimo della qualità sancito dalle procedure aziendali, se ne inventano una tutti i giorni. Partecipare a riunioni di Dipartimento, di prontuario terapeutico, di collegio di direzione, di consiglio dei sanitari. Verificare che l'attività ambulatoriale proceda senza intoppi, che ci siano spazi dedicati e disponibili, litigare col pronto soccorso. In estate attivare l'aria condizionata, perché se non lo dico di chiamare la manutenzione per controllo filtri e accensione non lo fa nessuno. Impegno nella produzione dei software. Devo parlare con l'industria non per andare ai congressi ma per ottenere protocolli.



Ogni tanto qualcuno chiede relazioni per questo o per quello. Devo pensare alla formazione del reparto, stendere un progetto e ottenere approvazione. Recentemente ho passato un'ora a produrre 33 domande a risposte multiple per un corso informatica programmato. Tutte le richieste di farmaci compassionevoli passano da me, le domande relazioni e richieste le faccio io. Che dirti? Visito poco. La burocrazia si spalma su tutto l'organico. Ho fatto in tempo a vedere lettere di dimissioni scritte in corsivo con al massimo 10 parole, adesso sono poemi e devono essere firmate digitalmente. Ho fatto in tempo a vedere scarse richieste per un esame radiologico, adesso deve essere inoltrato con richiesta elettronica e firma identificativa strutturata. Se non sei davanti a un computer non puoi richiedere una Tac. Poi devi fare impegnative ai pazienti e devono essere in formato elettronico. Ho fatto in tempo a vedere un mondo in cui si diceva vada da quello della mutua, adesso devi prescrivere usando un sistema nazionale, usando una tua carta identificativa. Non è mai pronti via! Andrei in pensione volentieri». Risposta amara e sofferta!

Non nego che nella professione una certa managerialità ci voglia, ma il troppo è troppo! Qualche correttivo è necessario. Perché non sganciare tutte le attività burocratiche e trasferirle a figure amministrative? I politici dovrebbero capirlo!

© RIPRODUZIONE RISERVATA

REPORTAGE
DALL'AFRICA

ECCO LA STRUTTURA FONDATA DA PADRE GIUSEPPE AMBROSOLI

UGANDA NELL'OSPEDALE DEI MIRACOLI

IN UNA DELLE AREE PIÙ POVERE DEL MONDO UN
CENTRO SANITARIO D'ECCELLENZA E UNA SCUOLA,
LA PRIMA DEL PAESE, CHE FORMA OSTETRICHE

di Luciano Scalettari, da Kalongo (Uganda)



«Se c'era un'emergenza di notte, si operava con la lampada»

APERTO 60 ANNI FA

A lato, un momento della festa celebrata lo scorso 13 luglio per i 60 della Scuola di ostetricia St. Mary creata da padre Giuseppe Ambrosoli (1923-1987, nel ritratto che sovrasta i gazebo). Sotto, l'ingresso del Doctor Ambrosoli memorial hospital di Kalongo, nel Nord dell'Uganda, uno dei migliori centri sanitari del Paese. Nella foto grande, una corsia del reparto di chirurgia.



Mentre il piccolo monomotore s'avvicina traballando alla pista di terra rossa, compaiono le case lungo l'unica strada che attraversa il villaggio. Intorno, **sparse qua e là, capanne tradizionali.**

Davanti si staglia l'imponente Monte Oret, la montagna del Vento in lingua acholi. Scendiamo a Kalongo. L'occasione è importante: nei prossimi giorni si festeggeranno i 60 anni della Scuola di ostetricia St. Mary, voluta e creata da **padre Giuseppe Ambrosoli**, la prima d'Uganda.

Nel 1987 non doveva essere

da a petrolio. Eppure si interveniva e si guarivano i malati»

JESSICA PEPPER-PETERSON - LUCIANO SCALLETARI - MARCO MIGNANI



AL SERVIZIO DEGLI ULTIMI

Sopra, Carmen Orlotti, chirurgo: è arrivata nel centro sanitario di Kalongo lo scorso gennaio. Sotto, un'ostetrica mentre visita una donna incinta. A destra, la chiesa parrocchiale ai piedi del Monte Oret.



molto diverso, Kalongo: oggi 20 mila abitanti, allora ancor meno. Siamo in una delle aree più povere della povera Uganda. Per vent'anni, dal 1987 al 2007, è stata devastata dalla guerra civile. **Dapprima campo di battaglia per la conquista del Paese**, quando gli acholi combattevano l'emergente leader Yoweri Museveni (ora al potere da 34 anni, il presidente più longevo d'Africa), poi **luogo delle atrocità commesse da Joseph Kony**, capo dell'Esercito di resistenza del Signore (il *Lord resistance army*), pazzo visionario che sequestrava e arruolava i bambini, saccheggiava villaggi, sterminava i suoi stessi acholi.

Mentre il velivolo plana viene quasi naturale pensare a quel drammatico 7 febbraio 1987: i soldati di Museveni arrivano all'ospedale, intimando a pa-

dre Giuseppe Ambrosoli di evacuare la struttura in 24 ore. Medici, pazienti, infermieri tutti si mettono in dolorosa marcia: l'infinito convoglio di 1.500 persone percorre la savana, sotto questo sole equatoriale. In lontananza padre Giuseppe vede colonne di fumo nero levarsi dal suo ospedale. **Pensa che tutto è perduto: l'ospedale, il fiore all'occhiello della scuola di ostetricia**, tutto ciò per cui aveva speso la vita di medico e missionario (il primo comboniano a incarnare entrambi i ruoli). Non vi tornerà più a Kalongo: stremato da quelle giornate terribili, poco più di un mese dopo morirà nella città di Lira: **una crisi renale nel mezzo di una guerra non perdona**. L'elicottero di soccorso arriverà 5 minuti dopo che il cuore di padre Giuseppe avrà cessato di battere.

Padre Giuseppe lascia la vita terrena senza sapere che ciò che aveva lentamente costruito fin dal 1956, al suo arrivo da giovanissimo comboniano, invece non è affatto perduto. L'incendio non riguardava il centro di salute e nei tre anni successivi **la gente di Kalongo aveva difeso dai tentativi di saccheggio l'ospedale di "Brogioli"**, come chiamavano il missionario storpiandogli il nome. Nel 1990, al ritorno a Kalongo, padre Egidio Tocalli, confratello e medico anche lui (si era unito anni prima alla missione di padre Giuseppe), trova tutto intatto, compresa la cameretta, il letto e la scrivania di Ambrosoli. **Comincia così la seconda vita dell'ospedale di Kalongo.**

Voltiamo pagina. Luglio 2019. Domenica. È una calda mattina di sole, ma qui nell'accettazione della pe-

«Padre Giuseppe non solo era giovane e pieno di energie.



Sopra, un gruppo di danzatrici ugandesi, di etnia acholi, nei loro abiti tradizionali. Sotto, una lezione alle future ostetriche tenuta da suor Carmel Abwot, 61 anni, direttrice della Scuola St. Mary.

diatria (61 letti, ma ne servirebbero il doppio) non sembra giorno festivo. La dottoressa, **Carmen Orlotti**, ha due infermieri al suo fianco, poco più in là una donna con un bambino legato alla schiena, all'africana; **su una seggiola un papà con il bimbo di 4 anni**; sulla sinistra una barella con disteso un ragazzino che ne avrà una dozzina. Fuori dalla porta una lunga fila in attesa. Molti di loro hanno la malaria.

Siamo nel momento di massima epidemia. Un'emergenza, tanto che **alcuni farmaci cominciano a scar-seggiare e si stanno attendendo i rifornimenti** dalla capitale Kampala. Nel reparto di pediatria sono almeno 150 i bambini già ricoverati, si improvvisano nuovi posti letto. La dottoressa Carmen, arrivata a gennaio scorso, dà ordini, si tuffa a sfogliare cartelle cli-

niche in una grossa scatola di cartone, prende lo stetoscopio, risponde con il cellulare a un'infermiera, domanda di misurare la saturazione dell'ossigeno del ragazzino di dieci anni. Tutto corre, tutto di fretta. I piccoli malati continuano ad arrivare.

Questa stanza è la stessa di 60 anni fa: i vividi colori di oggi sbiadiscono nelle foto in bianco e nero di 50 anni fa, quando qui operava Ambrosoli e, pochi anni dopo, padre Egidio. Fuori dalla finestra c'è ora una scultura dedicata al medico missionario: tiene un bimbo in braccio e davanti a lui un anziano ugandese gli protende le braccia.

È la sintesi di una vita spesa per Kalongo, per questo ospedale, nato nel nulla e dal nulla, per la scuola di ostetricia che ha fondato tre anni dopo, ➔

LA CAUSA DI BEATIFICAZIONE

RICONOSCIUTA LA GUARIGIONE DI LUCIA LOKOMOL

Il processo di beatificazione di padre Giuseppe Ambrosoli è in corso e avviato alle sue fasi conclusive. L'evento miracoloso che dovrebbe rivelarsi risolutivo per la causa risale al 25 ottobre del 2008. Quella sera a Kalongo, nel Nord dell'Uganda, Lucia Lokomol, una ragazza ugandese di 20 anni, incinta, viene portata d'urgenza all'ospedale di padre Giuseppe Ambrosoli. **La giovane è in condizioni disperate, ha perso il bambino che portava in grembo** e rischia di morire per setticemia.

All'ospedale perdono tutte le speranze di salvarle la vita, la sua situazione è troppo critica e i mezzi per curarla insufficienti. Il medico che si prende cura di lei, Eric Dominic, di origine torinese, prende allora un'immagine di

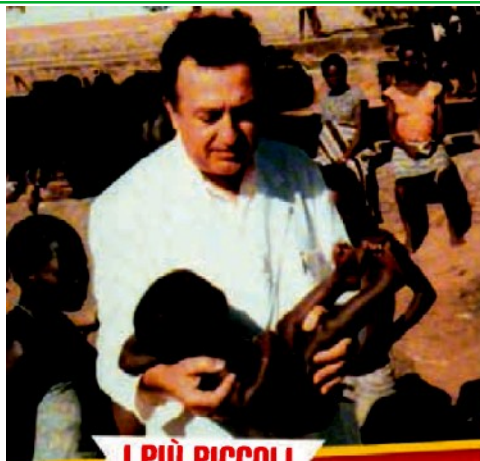


**PADRE
GIUSEPPE
AMBROSOLI**

padre Ambrosoli, la pone sul cuscino di Lucia e chiede ai familiari della ragazza di pregare per lei invocando il medico e missionario fondatore dell'ospedale. La notte trascorre nella preghiera nel nome di padre Giuseppe. La mattina dopo, la grande sorpresa: Lucia si è ripresa, è in vita, come rinata. Le sue condizioni sono migliorate ed è fuori pericolo.

Questa guarigione è stata decretata come "straordinaria e inspiegabile" dalla commissione medica istituita dalla Congregazione per le cause dei santi. Adesso si attende che la Commissione teologica confermi le prove che legano questa guarigione straordinaria all'intercessione di padre Ambrosoli per arrivare alla proclamazione del miracolo e, quindi, alla beatificazione del medico missionario, morto nel 1987, già proclamato "Venerabile".

Veniva dalla famiglia della famosa azienda del miele»



I PIÙ PICCOLI

SEMPRE AL PRIMO POSTO

Sopra, padre Ambrosoli, medico e missionario, all'opera a Kalongo. Sotto, uno scorcio dell'ospedale oggi durante un consulto pediatrico.



➔ perché da vero visionario aveva capito quanto fosse importante per l'Africa avere ostetriche e averle ben preparate. Un'intera esistenza data per la gente di questo piccolo e sperduto villaggio acholi del Nord Uganda.

Padre Giuseppe è stato dichiarato "venerabile" da papa Francesco: la causa di beatificazione è in fase molto avanzata. Era arrivato qui «per potenziare il piccolo dispensario», gli avevano detto i suoi superiori. Ma lui, Giuseppe, non solo era giovane e pieno di energie, era anche un Ambrosoli, veniva dalla famiglia della famosa azienda del miele e se dal ramo materno aveva forse ereditato quella fede che muove le montagne, da quello paterno aveva ricevuto il gene della capacità manageriale. In quei "formi-

LA FONDAZIONE • LA NIPOTE DI PADRE GIUSEPPE ALLA GUIDA

«MIGLIOREREMO LE CURE. QUI MIO ZIO È ANCORA VIVO»

GIOVANNA
AMBROSOLI,
56 ANNI

In oltre 60 anni l'ospedale di Kalongo ha curato più di 3 milioni di pazienti. Oggi ha cinque reparti (chirurgia, maternità, medicina generale, pediatria, tubercolosi), dà lavoro a 260 persone, fra medici, infermieri, levatrici e personale ausiliario, conta su 271 posti letto. E ce n'è quanto mai bisogno, in questa piccola cittadina: se è vero che Kalongo ha poco più di 20 mila abitanti, **il bacino d'utenza dell'ospedale è di mezzo milione di persone. Nella zona era ed è l'unico.** Quanto alla Scuola St. Mary, dalla sua nascita ha diplomato più di 1.400 ostetriche. I corsi sono due: il primo, quello di base, che dura tre anni; il secondo, più specialistico, che dura un anno e mezzo. Sono 150 in tutto le studentesse. Come abbiamo detto, **la "seconda vita" del centro medico è stata guidata dal padre Egidio Tocalli**, che ha riaperto il nosocomio nel 1990. Ma un bel giorno il comboniano si è presentato a Ronago, il paese del comasco dove hanno sede da sempre gli Ambrosoli e l'azienda: «Ho bisogno di condividere con voi il progetto di rendere imperitura l'opera di padre Giuseppe», ha detto loro. La famiglia non è stata tanto a pensarci: nel 1998 nasce la Fondazione Dr. Ambrosoli Memorial Hospital. Ma il centro di Kalongo ha anche una terza vita:

nel 2010 padre Tocalli deve rientrare in Italia; l'anno dopo, quasi in un passaggio simbolico di testimone, Giovanna Ambrosoli, nipote di padre Giuseppe, prende la guida della Fondazione. Anche lei ne ha fatto una scelta di vita: laureata all'Università Bocconi, impegnata nell'azienda di famiglia, decide di dedicarsi a tempo pieno. L'ospedale e la Scuola di ostetricia St. Mary in questi nove anni hanno subito nuovo impulso, dovuto all'impegno di Giovanna, ma anche alle nuove figure poste alla direzione delle due strutture: da tre anni l'ospedale è sotto la responsabilità di un chirurgo ugandese, il dottor **Okot Godfrey Smart**; la St. Mary è diretta da **sister Carmel Abwot**. Entrambi del Nord Uganda, di etnia acholi. Non solo. **Vive anche di tanto volontariato, specie italiano: dalla chirurga Carmen Orlotti all'ingegnere biomedico Giampiero Porro**, che si prende cura di tutte le apparecchiature biomedicali e informatiche, ai medici specializzandi inviati dalla Onlus Idea di Torino, con la quale la Fondazione collabora. I problemi sono tanti (in un anno l'intera struttura costa 1,5 milioni di euro), «ma anche i progetti sono ambiziosi», conclude Giovanna Ambrosoli. **«Nei prossimi tre anni vogliamo migliorare gli standard di cura, fare importanti rinnovamenti strutturali.** E ottenere dallo Stato il riconoscimento della laurea in Ostetricia, l'impresa più complessa». Giovanna Ambrosoli ama ricordare il momento in cui ha deciso di sposare la causa della fondazione. Decisivo è stato il primo viaggio a Kalongo, nel 2009: «Mi fece scoprire nel personale dell'ospedale e della scuola professionalità e dedizione, ma soprattutto mi diedero la percezione di un legame ancora vivo e forte con la figura di mio zio, padre Giuseppe, dopo oltre 25 anni dalla morte». **LS.**

«I vostri occhi sono i primi a vedere la vita, il bimbo



Pazienti in fila per l'accettazione. Sotto, cerimonia di diploma delle neo-ostetriche.

UN NUOVO LABORATORIO

Sopra, a destra, il medico Okot Godfrey Smart visita i pazienti. Sotto, Giovanna Ambrosoli (a destra) e l'arcivescovo di Gulu John Baptist Odama, 72 anni, alla posa della prima pietra del laboratorio informatico.



dabili" ultimi anni '50 il dispensario era diventato ospedale e scuola per ostetriche.

Allora non poteva rispondere al cellulare, né contare sull'ecografo. **Se c'era un'emergenza di notte si operava con la lampada a petrolio.** Eppure si operava. E si guarivano i malati. Oggi, in verità, diversi di quei suoi pazienti dicono che si sentivano meglio fin da quando padre Giuseppe li toccava per visitarli, ma Ambrosoli, umile e schivo, non pensava certo di avere poteri taumaturgici, **contava piuttosto sul bisturi, sulla sua buona mano di chirurgo, sulla passione per ogni essere umano che aveva davanti.**

Ambrosoli per questo è morto. Accoglieva civili e militari, governativi e ribelli. Per lui erano solo malati e feriti.

Troppe volte aveva detto «dovete uccidere me prima di toccare un ricoverato» ai soldati che volevano farsi consegnare qualcuno. I militari governativi **si erano convinti che fosse "amico dei ribelli"**. Perciò era partito l'ordine di evacuazione.

Oggi l'ospedale è il terzo fra i mi-

COME AIUTARE

Ospedale e Scuola di ostetricia di Kalongo:

<https://www.fondazioneambrosoli.it>

Versamento su C/C postale n. 8758230,

oppure sul C/C Banco Desio, Iban:

IT70 1034 4010 9010 0000 0613 200,

0750, entrambi intestati a: Fondazione

Dr. Ambrosoli Onlus, Via Bartolomeo

Panizza 7, 20144 Milano.

gliori del Paese e la scuola di ostetricia è considerata d'eccellenza. Di certo i mezzi tecnici sono migliori di quelli a disposizione del medico missionario. Quello che sembra non essere cambiato è lo stile. La **"presenza" di Brogioli si respira ovunque.** Alla festa dei 60 anni della scuola di ostetricia St. Mary – durata un'intera giornata, alla maniera ugandese – **suor Carmel Abwot** si è rivolta alle neodiplomate con queste parole: «I vostri occhi sono i primi a vedere la vita, il bimbo che nasce. **Prima della mamma, prima di chiunque altro.** Le vostre mani sono le prime a custodirla. Non è già solo per questo il più bel lavoro del mondo?».

Lo slogan sulle loro magliette è "Servire con amore e gioia". Non è lo spirito di padre Giuseppe, questo? ●

che nasce», dice alle future ostetriche suor Carmel Abwot



Medici, 200 euro in più dopo 10 anni di attesa

Nuovo contratto per 130mila dottori. Che restano comunque i meno pagati d'Europa

LA TRATTATIVA

di Antonio Signorini

LE NOVITÀ

Riconoscimenti importanti anche per i giovani, niente notturne per gli over 62

LA SODDISFAZIONE

Il ministro Grillo: «Superato percorso tortuoso». Ma le fughe all'estero restano

Aumenti medi da 200 euro lordi al mese per 130 mila medici. Ci sono voluti 10 anni (come per il resto del pubblico impiego), ma nella notte di martedì i sindacati dei camici bianchi (compresi i veterinari e i dirigenti della sanità) e l'Aran hanno siglato un'intesa che prevede aumenti in busta paga rilevanti, novità carriere e lavoro notturno.

Per quanto riguarda le retribuzioni i medici e i dirigenti della sanità con più di 5 anni di anzianità avranno un aumento di 2.000 euro sulla retribuzione di posizione (cioè relativa all'incarico). Un incremento che va sommato a quelli del rinnovo del contratto del pubblico impiego. Circa 30 mila medici, ha calcolato la Cgil Medici, passeranno da 3.600 euro a 5.500 euro di posizione. Sono i giovani ai quali le aziende non riconoscevano un incarico.

Altri punti dell'accordo, sono la crescita professionale dei medici che sarà garantita non solo

attraverso i primariati. Anche i camici bianchi super specializzati, che possano certificare l'acquisizione di un'alta professionalità, potranno fare carriera e vedere aumentata la propria retribuzione.

Il nuovo contratto prevede anche una clausola di garanzia, che assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità e a prescindere dall'incarico: 5.000 euro al passaggio dei 5 anni, 6.000 al passaggio dei 15 anni e 7.000 al passaggio dei 20 anni. Poi l'indennità di guardia notturna che sale da 50 a 100 euro per notte, 120 euro per chi lavora in pronto soccorso. Dopo i 62 anni a richiesta si può essere esonerati dalle guardie.

Soddisfatta il ministro della salute Giulia Grillo, che ha ringraziato «i sindacati, Funzione pubblica e Aran per l'impegno». Anaa Assomed ha ricordato come il rinnovo sia arrivato «dopo una lunga melina con le Regioni per l'emanazione dell'atto di

indirizzo, segnale di partenza della trattativa, e la determinazione delle risorse economiche», ma anche «dopo un tortuoso confronto con l'Aran protrattosi per 15 mesi, tra rallentamenti e improvvise accelerazioni».

Biagio Papotto, segretario generale Cisl Medici, sottolinea i risultati a favore dei giovani medici, «finalmente più motivati ad accostarsi alla professione di medico pubblico».

I medici italiani sono tra i meno pagati d'Europa. In Italia lo stipendio dei camici bianchi è 2,5 volte quello medio. In Germania il rapporto è 3,5 - secondo il Fact checking dell'Agi basato su dati Ocse. In Francia il rapporto è un po' inferiore rispetto all'Italia (2,2).

In Italia i medici specialistici dipendenti guadagnano circa 81.500 euro lordi, in Germania i dottori guadagnano poco più di 148 mila euro. Per questo i camici bianchi italiani sono anche i più propensi a emigrare, a caccia di retribuzioni più alte.



L'ACCORDO SUI CAMICI BIANCHI

CHI INTERESSA

130.000

medici e dirigenti del Sistema Sanitario Nazionale

I PUNTI DELL'INTESA

- Medici e dirigenti **con più di 5 anni di anzianità avranno la certezza di un incarico**
- Chi ha **più di 5 anni di anzianità** riceverà un **aumento di 2.000 euro** sulla retribuzione di posizione
- Stop** alle aziende che **non riconoscono le carriere**
- I medici con **meno di 5 anni di anzianità** avranno una **retribuzione fissa di posizione**
- Istituiti quattro step di posizioni fisse per gli incarichi professionali dati in euro
- 5.500** **6.500** **11.000** **12.500**
- 1°** **2°** **3°** **4°**
- Retribuzione certa in base all'anzianità** a prescindere dall'incarico
- L'indennità di guardia notturna passa da **50 a 100 euro** a notte
- Indennità per chi lavora in pronto soccorso **120 euro**
- Dopo i 62 anni si può essere esonerati dalle guardie

Fonte: FP Cgil

L'EGO - HUB



IL SONDAGGIO

Salute, italiani popolo di ottimisti Si fidano di prevenzione e cure

Si fidano dei medici, dei farmacisti e dei farmaci. Anche se frequentano Dr. Google, continuano a vedere nei camici bianchi in carne e ossa i punti fermi per informarsi e chiedere aiuto. Credono alla prevenzione e sono aperti alle nuove tecnologie in sanità, o almeno ad alcune. E interrogati sulle potenzialità del progresso scientifico nella cura di un numero sempre maggiore di malattie, quasi 6 su 10 (58%) si dicono ottimisti. Più di molti altri europei (la media è del 53%). Sono gli italiani fra innovazione e tradizione, fotografati dall'Health Report 2019, ricerca condotta per il gruppo farmaceutico tedesco Stada.



SANITÀ

E-fatture senza dati personali

DI FRANCO RICCA

La tutela della riservatezza dei dati personali esige che la fattura di prestazioni sanitarie emessa nei confronti dell'impresa committente non consenta direttamente di identificare la persona destinataria delle prestazioni stesse. E quanto chiarisce l'Agenzia delle entrate nella risposta n. 307 di ieri, all'istanza di interpello di una società operante in campo diagnostico, che chiedeva di conoscere il comportamento da adottare, in relazione alla fatturazione elettronica, riguardo alle prestazioni sanitarie erogate a persone fisiche ma fatturate ad imprese, ad esempio compagnie assicuratrici, quindi non soggette all'invio al sistema tessera sanitaria. L'istante precisava, in particolare, di avere concordato con l'impresa committente, per esigenze di riscontro contabile «e in adempimento di quanto previsto dall'articolo 21, comma 2, lettera g)» del dpr n. 633/72, l'indicazione nelle fatture in esame dei nominativi dei pazienti e delle prestazioni sanitarie erogate. Il divieto temporaneo di fatturazione elettronica delle prestazioni sanitarie non vale per le operazioni fatturate a soggetti diversi

dalle persone fisiche, anche se materialmente erogate ai pazienti. In quest'ultima ipotesi, poi, la norma fiscale non impone di identificare in fattura il paziente con dati personali o con il codice fiscale; tali elementi, pertanto, nel rispetto della privacy, non dovranno figurare nella fattura. Di conseguenza, nel caso prospettato, le fatture emesse dalla società di diagnostica nei confronti della compagnia di assicurazioni dovranno essere in formato elettronico via Sdi e non dovranno recare alcuna indicazione che consenta di identificare direttamente la persona fisica beneficiaria della prestazione sanitaria. Le parti potranno quindi adottare altri sistemi che consentano di associare in modo indiretto le prestazioni ai beneficiari, per esempio riferimenti al numero della polizza.

Sull'argomento, a margine della risposta, va segnalato che secondo l'Agenzia (faq n. 130 pubblicata il 19 luglio), nonostante il generico riferimento dell'art. 10-bis del dl 119/2018 alle prestazioni sanitarie con obbligo di invio al Sds, il divieto di fatturazione elettronica 2019 ivi previsto non vale per i veterinari.

—© Riproduzione riservata—



FIRMATO DOPO 10 ANNI IL CONTRATTO DELL'AREA SANITÀ

Medici, 190 euro in più al mese

Aumento delle retribuzioni mensili di 190 euro circa. Retribuzione fissa di 1.500 euro per i giovani medici e dirigenti sanitari neoassunti (ad oggi è pari a zero). Certezza dell'incarico per medici e dirigenti con più di cinque anni di attività. Aumento dell'indennità per la guardia notturna, dalla quale potranno essere esonerati gli over 62. Sono solo alcune delle novità previste dal nuovo contratto dei medici e della dirigenza del servizio sanitario nazionale, firmato ieri mattina all'una di notte nella sede dell'Aran. Il contratto è stato siglato dai sindacati del settore esclusi Cimo-Fesmed e Anpo che hanno deciso di non firmare. Il testo riguarderà circa 130 mila professionisti. «Finalmente dopo 10 anni si è raggiunto un grande traguardo: il rinnovo del contratto dei medici ospedalieri», commenta il ministro della salute Giulia Grillo. «Lo dovevamo ai bravissimi professionisti sanitari, donne e uomini che portano avanti il nostro Ssn con sacrificio e passione». «Soddisfazione per l'accordo raggiunto nella notte», è il commento del ministro della p.a. Giulia Bongiorno. «Il contratto diverrà efficace una volta concluso l'iter di controllo della compatibilità economico-finanziaria dell'ipotesi dell'accordo». Il testo prevede, come detto, un aumento in busta paga a regime del 3,48%, che si traduce in un incremento di circa 190 euro al mese. In più, è stata operata una rivalutazione degli stipendi tabellari a regime di 125 euro al mese per tredici mensilità, a

cui bisognerà aggiungere ulteriori incrementi relativi alla parte accessoria del salario.

Particolare attenzione alle nuove generazioni di professionisti, che per la prima volta in Italia prenderanno una retribuzione fissa di posizione di 1.500 euro mensili. Ridefinita l'indennità di guardia notturna, con un aumento da 50 a 100 euro per notte, che diventa di 120 euro per chi lavora in pronto soccorso. Previste misure di tutela anche per i professionisti più anziani: per prima cosa, gli over 62 potranno essere esentati dallo svolgere la guardia. Inoltre, per medici e dirigenti con più di cinque anni di anzianità si avrà la certezza di avere un incarico e gli stessi (la maggior parte di loro) riceveranno un aumento di 2 mila euro sulla retribuzione di posizione. Cambiamenti in vista anche sul versante della rappresentanza, visto che è stata riformulata in modo completo la parte riguardante le relazioni sindacali, con una regolazione «semplificata ed unitaria della materia». Infine «in continuità con gli ultimi contratti del lavoro pubblico», si legge nella nota diffusa dal ministro Bongiorno, «sono state ampliate ed innovate alcune tutele, ad esempio quelle concernenti le gravi patologie che necessitano di terapie salvavita, le misure in favore delle donne vittime di violenza, le ferie e i riposi solidali per i dirigenti che debbano assistere figli minori bisognosi di cure».

Michele Damiani

— © Riproduzione riservata —



«Non esistono malattie incurabili»

Parolin cita i casi di Vincent Lambert, Charlie Gard e Alfie Evans per lodare «il ruolo del Bambin Gesù in quelle vicende». E ricorda: «Dovere dei medici non è solo guarire»

di **GIULIANO GUZZO**

■ Bisogna valorizzare la cultura dell'accoglienza delle vite fragili riscoprendo quella missione di cui l'ospedale pediatrico Bambino Gesù offre quotidianamente una luminosa testimonianza. A sottolinearlo, intervenendo nel pomeriggio di ieri a Roma, presso l'Auditorium di San Paolo Fuori le Mura, è stato il cardinale **Pietro Parolin**, il Segretario di Stato vaticano, che ha preso la parola in occasione del bilancio sociale e della relazione sanitaria e scientifica dell'anno 2018 della struttura ospedaliera fondata nel lontano 1869 e che, quindi, compie 150 anni di attività.

Nel corso del suo saluto, **Parolin** ha anzitutto ripercorso la storia del nosocomio, da principio «nato raccogliendo il grido dei piccoli infermi di Roma» e oggi diventato «un centro di ricerca e cura di primissimo piano» che sta «ancora crescendo» e che attraversa «un importante periodo di sviluppo e di espansione». Il cardinale ha preso poi spunto dalla «solida e oculata gestione amministrativa» dell'ospedale romano, che rende «possibile promuovere investimenti», per sviluppare una breve riflessione bioetica.

Una riflessione centrata soprattutto su una distinzione che il Segretario di Stato vaticano ha tenuto a rimarcare con chiarezza: quella tra le malattie che, se da un lato clinicamente purtroppo possono talvolta rivelarsi inguaribili, dall'altro - sotto il profilo umano - non sono mai incurabili. «Perché curare», ha puntualizzato **Parolin**, «non significa solo guarire, ma anche accompagnare e custodire». Fatta questa precisazione, è sorto poi spontaneo un richiamo sia alla tra-

gica vicenda del francese **Vincent Lambert**, di cui *La Verità* ha ampiamente scritto, sia a quelle, non meno drammatiche, di **Charlie Gard** e **Alfie Evans**, i piccoli inglesi gravemente malati e lasciati morire rispettivamente il 28 luglio 2017 e il 28 aprile 2018.

In entrambe le vicende, infatti, come si ricorderà, l'ospedale pediatrico Bambino Gesù fu in prima linea, dal momento che si offrì di accogliere nei propri reparti i bimbi britannici divenuti evidentemente un «peso» per il sistema sanitario di Sua Maestà. «Il ruolo dell'ospedale in quelle occasioni è stato centrale», ha a questo proposito ricordato il cardinale **Parolin**, così elogiando l'attivismo purtroppo rivelatosi inefficace ma comunque lodevole di una struttura la cui attività ad oggi presenta numeri decisamente significativi.

Si parla infatti di quasi 2 milioni di prestazioni ambulatoriali, 29.000 ricoveri, 4.500 famiglie di pazienti alloggiate, oltre 320 trapianti di organi, cellule e tessuti e più di 13.000 pazienti «rari», categoria della quale facevano evidentemente parte anche **Charlie Gard** e **Alfie Evans**. Anche sotto il profilo della produzione scientifica, il Bambino Gesù inizia ad essere all'avanguardia, dal momento che ad oggi grazie alla ricerca svolta all'interno della struttura sono derivate 680 pubblicazioni scientifiche per 2.968 punti di Impact factor grezzo (Ifg), l'indice che misura l'importanza per la comunità scientifica di quanto viene prodotto. Numeri che parlano da soli e mostrano come gli apprezzamenti del cardinale **Parolin** non siano affatto stati, come usa dire, di circostanza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



CHIARO Pietro Parolin



Per i medici 200 euro in più al mese

Dopo dieci anni, firmato il nuovo contratto dei camici bianchi. Coinvolti 130.000 professionisti. Aumenti anche per le guardie notturne, soprattutto al pronto soccorso

di **SARINA BIRAGHI**

■ Duecento euro in più al mese di media per aiutare una professione che sta vivendo gravi carenze di organico negli ospedali e aggressioni e denunce sempre più frequenti da parte dei pazienti. Dopo dieci anni di attesa è stato firmato martedì notte il nuovo contratto dei medici e dei dirigenti del Servizio sanitario nazionale.

DOPPIA CARRIERA

Il rinnovo riguarda 130.000 camici bianchi e prevede molte novità, dall'aumento di 200 euro lordi al mese alla doppia carriera, gestionale e professionale, fino all'armonizzazione dei fondi contrattuali pur nella garanzia della tutela delle singole professionalità. Soddisfatto il ministro della Salute **Giulia Grillo** che twitta: «È fatta! Dopo dieci lunghi anni è stato firmato il rinnovo del contratto nazionale dei medici ospedalieri. Ringrazio i sindacati, Funzione pubblica e Aran per l'impegno. Ora avanti insieme per un futuro migliore per il nostro Ssn».

Il contratto è stato firmato da tutti i sindacati dei medici (78%) tranne la federazione Cimo-Anpo-Fesmed che rappresenta in particolare i primari e ha annunciato lo stato di agitazione. Sul tavolo per lo storico rinnovo ci sono 518 milioni a regime di cui 50 blindati per la valorizzazione dei lavori disagiati e un'altra parte per i giovani e le carriere professionali. Per **Filippo Anelli**, presidente della Fnomceo, «tutti i rinnovi sono una buona notizia, resta il fatto che le divergenze tra sindacati sono il segnale di un

definanziamento del sistema. Le risorse messe in campo sono poche, insufficienti per coprire tutte le istanze. I sindacati hanno agito con spirito di responsabilità ma servono più investimenti per essere in linea con la media europea e trattenere i nostri medici mentre la presenza straniera diventa sempre più pressante. I problemi sono lontani dall'essere risolti. Un miglior riconoscimento economico a favore dei medici avrebbe portato all'unità, ma non si può non tener conto delle perplessità di chi non ha firmato».

«Siamo riusciti a fare le nozze con i fichi secchi perché l'incremento medio fissato è di 200 euro lordi al mese ma i flussi che siamo riusciti a determinare con un lavoro intenso che ha richiesto un coordinamento strettissimo fra tutte le sigle ci hanno permesso di ottenere qualcosa di significativo nel nostro interesse e nella difesa del Ssn» ha detto **Carlo Palermo** dell'Anaoo-Assomed. Per il segretario Fp-Cgil medici **Andrea Filippi** i risultati segnano un solco dopo anni di assenza contrattuale e a nome di tutti i firmatari ha detto: «Far cadere la possibilità di chiudere questa trattativa era un rischio che non abbiamo voluto correre. Chi non ha firmato ha sbagliato».

Nel dettaglio, è rilevante l'attenzione ai giovani medici neoassunti. Infatti, come mai successo prima d'ora, godranno subito dell'aumento di 1.500 euro all'anno come retribuzione fissa di posizione. I medici e dirigenti con più di cinque anni di anzianità avranno la certezza di avere un incarico. Chiarito l'obbligo delle aziende di dare un incari-

co retribuito a tutti, anche a coloro che hanno lavorato a tempo determinato, con o senza soluzione di continuità. La maggior parte dei medici con più di cinque anni di anzianità riceverà un aumento di 2.000 euro sulla retribuzione di posizione. Oltre all'aumento economico previsto per tutti, circa 30.000 medici passeranno da 3.600 euro a 5.500 euro di posizione. Novità sulla «doppia carriera» per i dirigenti senza incarichi di tipo gestionale ma con particolari capacità professionali nel loro campo, che potranno essere valorizzati con indennità economiche che potranno arrivare al livello degli attuali primari.

QUATTRO STEP

Si stabiliscono quattro step di posizioni fisse, che salgono da un minimo di 5.500 euro a 6.500 euro fino a un massimo di 11.000 o 12.500 euro annui. Una clausola assicura una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità e a prescindere dall'incarico: 5.000 euro al passaggio dei cinque anni, 6.000 al passaggio dei 15 anni e 7.000 al passaggio dei 20 anni. L'indennità di guardia notturna sale da 50 a 100 euro per notte, 120 euro per chi lavora in pronto soccorso. Dopo i 62 anni si può essere esonerati dalle guardie.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



SODDISFATTA Giulia Grillo



Soddisfatti i sindacati e i ministri Grillo e Bongiorno

Ai medici 200 euro in più (ed è pure poco)

Firmato il nuovo contratto atteso da dieci anni. Valorizzati i neo-assunti e chi lavora nei pronto soccorso

■ Nuovi ruoli e percorsi per fare carriera anche se non si diventa primari. Valorizzazione dei giovani neo-assunti e del lavoro "disagiato" dei camici bianchi nei Pronto soccorso e nelle guardie mediche. Un aumento di stipendio per tutti i 130mila professionisti del Servizio sanitario nazionale (Ssn) pari a 200 euro lorde al mese - certo un passo in avanti, ma non si può dire sia un'enormità. Dopo dieci anni di attesa è stato comunque firmato all'Aran (Agenzia Rappresentanza Negoziata Pubbliche Amministrazioni) il nuovo contratto dei medici, veterinari e dirigenti del Servizio Sanitario Nazionale per il triennio 2016-2018.

A siglarlo tutte le maggiori sigle di categoria, tranne i sindacati Cimo, Anpo e Fesmed, che hanno dato un giudizio negativo dichiarando lo stato di agitazione. Un risultato atteso da tempo ed accolto con soddisfazione dai ministri della Salute Giulia Grillo e della Pa Giulia Bongiorno. A dirsi «soddisfatti», definendo il nuovo contratto «complessivamente buono», anche i sindacati, i quali hanno sottolineato che si è ottenuto «il massimo possibile». «Siamo ampiamente soddisfatti date le condizioni di partenza ed i vincoli imposti dal ministero dell'Economia», ha dichiarato Carlo Palermo, segretario del maggiore dei sindacati dei medici dirigenti, l'Anaa-Assomed. «È il massimo che si poteva ottenere e siamo riusciti a fare le nozze con i fichi secchi». L'aumento ottenuto è stato - come detto - di 200 euro lorde mensili, ma è il massimo che potevamo fare nelle condizioni date. Il nostro interesse», ha aggiunto, «è stata la difesa del Servizio sanitario nazionale. Spetta ora alla politica muoversi rapidamente».

Anche per il presidente della Conferenza delle Regioni, Stefano Bonaccini, è stato fatto «il miglior accordo possibile», mentre la segretaria generale della Cisl Annamaria Furlan parla di «buona notizia per la sanità e il Paese». Gongola anche il segretario

generale della Cgil, Maurizio Landini, rileva come l'accordo «valorizza il lavoro dei giovani neo-assunti e affronta situazioni critiche come la carenza di organico, la salute e la sicurezza del personale sanitario, a partire dall'emergenza aggressioni».

Ecco dunque i punti principali dell'intesa.

1. I medici e dirigenti con più di cinque anni di anzianità avranno la certezza di avere un incarico. Chiarito l'obbligo delle aziende di dare un incarico retribuito a tutti, anche a coloro che hanno lavorato a tempo determinato, con o senza soluzione di continuità.

2. La maggior parte dei medici con più di cinque anni di anzianità, riceverà un aumento di 2.000 euro sulla retribuzione di posizione. Oltre all'aumento economico previsto per tutti i dipendenti pubblici, circa 30 mila medici passeranno da 3.600 euro a 5.500 euro di posizione.

3. Aumenta la parte fissa di tutte le posizioni gestionali e professionali, vengono storicizzati i fondi e le posizioni e aumenta la quota pensionabile.

4. I giovani medici neoassunti anche sotto i cinque anni avranno una retribuzione fissa di posizione. Come mai successo prima d'ora, passeranno subito da 0 a 1.500 euro annui.

5. Si stabiliscono quattro step di posizioni fisse per gli incarichi professionali, che salgono da un minimo di 5.500 euro a 6.500 fino a un massimo 11.000 o 12.500 annui.

6. Una clausola di garanzia assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità ed a prescindere dall'incarico: 5000 euro al passaggio dei 5 anni, 6000 al passaggio dei 15 anni e 7000 al passaggio dei 20 anni.

7. L'indennità di guardia notturna sale da 50 a 100 euro per notte, 120 euro per chi lavora in pronto soccorso. E dopo i 62 anni a richiesta si può essere esonerati dalle guardie.

MAN.COS.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo scontro La commissione dovrà verificare gli atti amministrativi della Asl Napoli 1 relativi al presidio

Sanità, De Luca attacca il prefetto

Clan in ospedale, gli ispettori al San Giovanni Bosco. Il governatore: «Buffonata, si dimetta»

Leandro Del Gaudio

È strappo istituzionale sulla Sanità: la Prefettura di Napoli invia la commissione di accesso alla Asl Na 1 per verificare gli atti amministrativi relativi all'ospedale San Giovanni Bosco, il presidio delle formiche, al cen-

tro di un'inchiesta della magistratura sugli interessi dei clan. Ma sulla decisione si consuma lo strappo istituzionale: «Una buffonata, il prefetto deve dimettersi», tuona il governatore De Luca che giudica «cialtronesca» la scelta di inviare gli ispettori. *A pag. 27*

Clan, 007 in ospedale De Luca: «Buffonata»

► San Giovanni Bosco, svolta del Viminale ► Il governatore: «Il prefetto si dimetta
commissione d'accesso all'Asl Napoli 1 Cialtrunate, istituite il presidio di polizia»

**ANCHE L'EX QUESTORE
GIUFFRÈ TRA GLI 007
DEL PREFETTO
PER VERIFICARE
COLLUSIONI CON I CLAN
E SCELTE MANAGERIALI**

IL CASO

Leandro Del Gaudio

Uno strappo istituzionale inedito per toni e contenuti, che si consuma sull'ospedale dei clan e delle formiche. In poche ore si materializza un violento attacco del governatore Vincenzo De Luca nei confronti del prefetto Carmela Pagano. Oggetto dello scontro, la decisione del Palazzo di governo di istituire una commissione di accesso nell'Asl Napoli uno, per verificare eventuali infiltrazioni camorristiche nell'ospedale San Giovanni Bosco. Apriti cielo. Poche ore dopo la nota del prefetto (che ha agito su delega del Ministero dell'Interno), il governatore firma un comunicato stampa ai limiti della censura, già a partire dal titolo: «Una buffonata politico-propagandistica,

si dimetta il prefetto di Napoli». E sulla neonata commissione di accesso, il governatore aggiunge: «È un atto ridicolo e cialtronesco, che fa da sponda a una politica politicante che ancora tenta di mettere le mani sulla sanità campana. Un atto che arriva 12 ore prima - casualmente - della riunione prevista a Roma sulla nostra Sanità. Un atto che offende quelli che in totale solitudine - a cominciare dal personale medico - combattono da anni. Che offende la magistratura, che ha in corso una sua importante indagine. Che offende la dignità di Napoli. Si sono svegliati dopo un mese dall'avvio delle indagini da noi sollecitate».

GLI 007

Ma cosa ha scatenato la rabbia di De Luca? Restiamo alla nota del prefetto: la commissione di accesso punta a «verificare l'eventuale sussistenza di tentativi di infiltrazione e/o di collegamenti della criminalità organizzata nel contesto dell'amministrazione della suddetta Asl, nella cui gestione è ricompreso l'ospedale San Giovanni Bosco, interessato da una recente vicenda giudiziale».

Ad essere inviati a Napoli, come esponenti della commissione di accesso, il prefetto Santi Giuffrè (già questore di Napoli); Maria Teresa Mincione, in servizio presso il provveditorato alle Opere pubbliche e il dirigente di Il fascia Marco Serra, in servizio presso il ministero dell'Interno. L'accesso avrà durata di tre mesi, prorogabili una sola volta di altri tre mesi. Una verifica che punta a scavare negli atti della Asl Napoli uno, per verificare la regolarità di scelte manageriali e procedure di appalto. Vale la pena ricordare che appena un mese fa, il San Giovanni Bosco è finito al centro di un'indagine della Dda di Napoli (quella dei 150 arresti del clan Contini), da cui emergevano le mosse del presunto boss Salvatore Botta (detto, non a caso, l'infermiere) all'interno del nosocomio



di via Briganti; ma anche che il San Giovanni bosco, appena qualche mese fa, ha fatto notizia per le ricorrenti invasioni di formiche (in pieno inverno) o per atti di sabotaggio e di vandalismo. Detto ciò, l'iniziativa del prefetto non è piaciuta al presidente della Regione.

LE DENUNCE

Che ricorda denunce e segnalazioni rimaste - a suo dire - lettera morta: «Si sono svegliati dopo questi fatti: nel 2018 ho chiesto pubblicamente e formalmente con una lettera che renderemo pubblica, al Prefetto di Napoli l'istituzione di un posto di polizia nel San Giovanni Bosco, riscontrando totale passività; stipula da parte della Regione di un protocollo di collaborazione con la Guardia di Finanza già il 18 luglio 2017, con durata di cinque anni; denuncia al San Giovanni Bosco per il parcheggio abusivo e sua eliminazione a luglio 2018. E ancora, denuncia al gestore abusivo di bar e ristorante interno, ad agosto 2018, con richiesta di intervento dei Nas. Denuncia ai carabinieri per la collocazione di distributori automatici abusivi il 25 marzo 2019; denuncia degli atti di vandalismi riscontrati nell'ospedale». E non è tutto. De Luca insiste: «La battaglia contro i delinquenti la stiamo facendo, mentre gli inventori della "commissione di accesso" hanno dormito. Ma la politica politicante non fermerà la nostra azione di bonifica e di difesa della dignità di Napoli. Ora è difficile immaginare che i signori Prefetto Santi Giuffrè, Maria Teresa Mignone del Provveditorato alle Opere Pubbliche e Marco Serra abbiano più competenza della magistratura e della Guardia di Finanza. Li seguiremo nel loro lavoro - immaginiamo - indefesso, sperando che si concluda nei tre mesi previsti, senza bisogno di altri tre mesi di proroga già ipotizzati. Nel frattempo, ai protagonisti di questo atto, domandiamo: al di là delle cialtrunate propagandistiche, quando vi deciderete a istituire il posto di polizia dentro l'ospedale San Giovanni Bosco?».



IL DUELLO Il governatore Vincenzo De Luca e il Prefetto Carmela Pagano in una foto d'archivio

LE STORTURE NELLA RIPARTIZIONE

Sanità, la fotografia dello scippo: il Nord assume 10 volte più che al Sud

*Sbagliati i criteri per le
attribuzioni del fondo
sanitario nazionale*

di **VINCENZO DAMIANI**

Hanno beneficiato per anni di fette maggiori della "torta" chiamata "fondo sanitario nazionale". Hanno sfiorato i limiti di spesa per il personale, potendo così allargare le loro piante organiche e offrire servizi più efficienti e rapidi. Di conseguenza, hanno attratto pazienti da altre aree del Paese e hanno, ulteriormente, arricchito le loro casse con la mobilità passiva. E oggi godono di migliore salute: stiamo parlando delle Regioni del Nord, assistite nell'ultimo decennio, in tutto e per tutto, da "papà" Stato.

Se la sanità italiana viaggia a due, forse tre, velocità diverse è per l'inequità dei criteri adottati per ripartire le risorse: oggi la Puglia (popolazione: 4 milioni e 100mila abitanti) ha circa 40mila dipendenti impiegati nel comparto sanitario, l'Emilia Romagna (4,4 milioni di residenti) ne ha 56mila, il Piemonte (4,3 milioni) 55mila, la Toscana 60mila, il Veneto 54mila. Ma come si arriva a tutto questo? Bisogna fare un passo indietro e tornare al riparto del fondo sanitario nazionale: nel 2019, la quota riservata alla Puglia è stata di 7 miliardi e 362 milioni, all'Emilia Romagna sono andati 8 miliardi e 259 milioni, mentre al Piemonte 8 miliardi e 200 milioni. Un miliardo in più a quasi parità di popolazione da assistere.

IL RAPPORTO

Risorse umane ed economiche inferiori che contribuiscono a spaccare l'Italia, per buona pace dei principi fissati dalla Costituzione. E perché il Nord riceve di più del Sud? Ce lo spiega il rapporto "La finanza territoriale 2018" elaborato da un istituto di ricerca economica e

sociale di diverse regioni: per determinare la quota che spetta ad ogni Regione, dovrebbero essere pesati quattro elementi: popolazione residente, frequenza dei consumi sanitari per età e per sesso, tassi di mortalità della popolazione, indicatori relativi a particolari situazioni territoriali.

Ma dove si nasconde il trucco? "Per motivi storici e utilitaristici - si legge nella relazione - la quota capitaria è stata in realtà pesata, per circa il 40%, tenendo conto solo del criterio del sesso e dell'età, mentre gli ultimi due parametri non sono mai stati presi in considerazione". Utilizzando solo la ponderazione per età sono state privilegiate le regioni con una maggiore popolazione anziana, cioè quelle del Nord. La Puglia, ad esempio, negli ultimi 13 anni ha avuto tre miliardi in meno rispetto all'Emilia Romagna. Nel 2005 l'Emilia Romagna ha ricevuto una quota per abitante di 1.489,61 euro, mentre la Puglia 1.385,29 euro (un delta in favore dell'Emilia del 104,32); nel 2006 si è passati a 1.538 euro contro 1.470; nel 2007 1.640 contro 1.562; nel 2008 1.689 contro 1.613 euro; sino al 2017, 1.803 euro contro 1.788. Se hai più soldi, puoi spendere di più e meglio, persino sfiorando il tetto imposto.

IL TRUCCO

Ed è quello che hanno fatto Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna: la legge Finanziaria del 2010 impose un vincolo alla spesa per il personale sanitario, ogni regione, fu deciso dal governo Berlusconi, avrebbe potuto investire al massimo la stessa somma del

2004 ridotta dell'1,4%. Un vincolo, però, che, come certifica la Corte dei Conti, è stato bypassato: nel 2018, rispetto al 2004, al Nord i costi per assumere nuovi dipendenti negli ospedali sono lievitati di oltre il 23%, mentre al Mezzogiorno solo dell'8,5%. Uno scarto di quasi 15 punti.

Per avere il quadro ancora più chiaro basti pensare che, nel 2017, cinque regioni del Nord (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia Romagna e Toscana) hanno spesso per assumere nuovo personale 10 volte di più rispetto a cinque regioni del Sud (Abruzzo, Calabria, Campania, Puglia e Molise): 2,96 miliardi contro 247 milioni. Ecco la spesa per il personale sanitario relativa al 2017: la Lombardia ha investito sulle risorse umane 1,1 miliardi in più rispetto al 2004; l'Emilia Romagna ha speso 590 milioni in più, il Veneto 422 milioni in più, il Piemonte 410 e la Toscana 395. E al Sud? Le Regioni del Mezzogiorno hanno dovuto fare le nozze con i fichi secchi: la Campania, che nel 2004 spendeva 2,7 miliardi per il personale nel 2017 ne ha spesi circa 2,5 miliardi, uno scarto negativo di 158 milioni. Anche il Molise, ha investito 11 milioni in meno. Senza medici, senza infermieri, c'è l'esodo dei pazienti verso il Nord, che si arricchisce ancora a spese del Sud: la Puglia rispetto all'Emilia Romagna ha sborsato 3 miliardi in più in 13 anni per la mobilità passiva.



Gli scheletri nell'armadio del Veneto

Gli ultimi scandali: cantieri Pedemontana sequestrati, appalti ospedalieri bloccati dall'Anac

di **CLAUDIO MARINCOLA**

Sullo sfondo di questa vicenda c'è una tavola imbandita. Bicchieri, piatti, forchette, tovaglioli. E non c'è nulla di più simbolico 4d efficace per evocare cosa secondo il parere dell'Anac e del Con-

siglio di Stato potrebbe esserci dietro l'appalto da 302 milioni di euro che il supergovernatore Luca Zaia si rifiuta di annullare. In gioco c'è la ristorazione delle mense ospedaliere, milioni di pasti al giorno. Una trappola in cui l'efficientissimo veneto è rimasto incagliato.

a pagina IV

DIETRO LA PRESUNTA EFFICIENZA DELLA SERENISSIMA DI ZAIA SCANDALI STRADE E MENSE D'OSPEDALE IL VENETO NON SI FA MANCARE NULLA

Triplificato il costo della Pedemontana, cantieri sequestrati. Bloccato dall'Anac il mega bando per il vitto in corsia

di **CLAUDIO MARINCOLA**

Sullo sfondo di questa vicenda c'è una tavola imbandita. Bicchieri, piatti, forchette, tovaglioli. E non c'è nulla di più simbolico 4d efficace per evocare cosa secondo il parere dell'Anac e del Consiglio di Stato potrebbe esserci dietro l'appalto da 302 milioni di euro che il supergovernatore Luca Zaia si rifiuta di annullare. In gioco c'è la ristorazione delle mense ospedaliere, milioni di pasti al giorno. Una trappola in cui l'efficientissimo veneto è rimasto incagliato. Prima il Consiglio di Stato poi l'Autorità nazionale anticorruzione, guidata fino a ieri l'altro dal magistrato Raffaele Cantone, hanno imposto lo stop: "Quel bando è da rifare". L'accusa è di aver creato artificialmente un monopolio regionale per affidare in modo "palesamente illegittimo" il servizio alla Serenissima Ristorazione, l'azienda guidata dal cosiddetto "Zar delle mense" Mario Putin, un apprezzatissimo e fedelissimo super elettore della Lega.

Dando prova, di cosa intendono per autonomia i consiglieri della maggioranza di centrodestra sono usciti dall'aula rifiutandosi di prendere atto delle prescrizioni di Anac e Consiglio di stato. In 26 hanno disertato la votazione facendo mancare il numero legale. Un episodio gravissimo date anche le motivazioni che spiegavano la bocciatura, "una scelta discrezionale viziata, in quanto manifestamente diretta ad attuare un notevole ed ingiustificato favore ad uno dei concorrenti, in violazione delle regole della diretta concorrenza".

Si da il caso che il punteggio finale venisse assegnato in base alla possibilità di disporre di una dotazione particolare: le cucine esterne. E che l'unica concorrente in grado di offrire il requisito richiesto fosse la Serenissima, proprietaria del Centro di Boara Pisani, un impianto di cottura realizzato con i soldi pubblici dalla Ausl 16 di Padova - 12 milioni di euro - e poi affidato in project financing alla società dell'imprenditore vicentino Putin. Il cibo viene cotto, poi abbattuto e poi ricongelato prima di finire sulla tavola di pazienti, infermieri, medici etc., etc. Alla Serenissima sono stati assegnati 5 lotti dei 6 messi a bando, il 6° è andato ad un'associazione di imprese di cui l'azienda di Putin - 7 mila dipendenti - è capofila. Lo Zar delle mense, insomma, un amico di Zaia e del Carroccio e in passato anche dell'ex governatore Galan non ha vinto, ha stravinto.

La stroncatura del Consiglio di Stato più quella dell'Anac non sono bastate però a scoraggiare la giunta veneta. Che già deve fare i conti con altri problemi. Non bastassero le cerniere farlocche del Mose, ecco il rosso fisso delle circa municipalizzate, carrozzoni tenuti in piedi per acquistare consenso e voti.

E che dire della Pedemontana veneta, l'ennesimo arco di asfalto che collega i comuni ai piedi delle Prealpi? Dal giorno in cui è stato inaugurato il cantiere il costo è praticamente più che triplicato, dagli 800 milioni iniziali agli attuali 3 miliardi. Il pedaggio avrebbe dovuto essere gratis, un regalo del su-

pergovernatore veneto ai residenti. Da Spresiano, cioè Treviso nord a Montebelluna Maggiore un tragitto a canna di fucile, 94 km sparati senza caselli, tutto automatizzato. I miracoli della tecnica e del progresso. Ebbene, come nelle migliori tradizioni italiane, agli automobilisti costerà una tombola, il doppio della A4 Milano-Venezia, forse l'autostrada più cara d'Italia. Scavando, come ha documentato la trasmissione Rai Report, sono venute fuori nuove discariche e un centro direzionale abusivo, roba che neanche nella Terra dei fuochi spuntano sorprese così.

L'ex governatore Galan, uno che ha lasciato una impronta indelebile - in tutti i sensi, purtroppo - aveva decretato che questa superstrada del Nord fosse una emergenza assoluta. Era il 2009, cioè 10 anni fa. La società prescelta, l'italo-spagnola ,Sis avrebbe dovuto realizzarla in project financing, pubblico più privato ma la scommessa fallì miseramente. Così che la nuova gestione decise un cambio di rotta. Il resto lo fece l'ex ministro alle Infrastrutture Delrio. Dopo aver già investito 680 milioni di soldi pubblici, con il



decreto Milleproroghe, a fine 2016, il governo passò le competenze alla Regione Veneto. Una brutta gatta da pelare, a cominciare dai 330 milioni pagati cash per mandare avanti i lavori.

I 5Stelle, che a Palazzo Chigi governano con la Lega, in Veneto sono all'opposizione. Cosa che ai grillini riesce decisamente meglio. Si sono fatti i conti: con il nuovo accordo per le casse dell'ente locale sarà un bagno di sangue. L'intesa prevede infatti la cessione del canone di utilizzo per 39 anni con i costi di gestione a carico della Regione. Come dire che alla fine la Pedemontana sarà costata ai cittadini circa 13 miliardi di euro. Più di 138 milioni a chilometro. Un botto.

Cosa che succedono nel Nordest, la faccia meno buia della luna. Con retroscena da brividi, come documentano le intercettazioni che hanno portato al sequestro di un pezzo del cantiere, da Castelvetro a Cornedo, sette chilometri di sigilli. "Qui si stacca il fronte, non tiene lo spritz, sta cedendo dove ci sono i punzoni nella parte più larga, c'è il materiale fine...". Le prove venivano nascoste in magazzino, il materiale commissionato per la superstrada pedemontana non aveva il marchio CE, non era rispettoso neanche dei minimi richiesti. Il cemento era di qualità scadente, i crolli venivano regolarmente nascosti. Finché, dopo la morte di un operaio, è scattato il sequestro. Troppo tardi.



Zaia e Salvini all'inaugurazione del primo tratto della Pedemontana

Briciole per i medici dopo dieci anni

LAVORO

**Il ministro Bongiorno:
«Gli aumenti sono in linea
con il tasso di inflazione»**

**Contestazioni del Patto
per la professione medica,
che ha scelto di non firmare**

Barbara Gobbi

Dopo dieci anni di vacanza contrattuale, diciassette mesi di trattative e sei giorni di maratona serrata è arrivata la firma del contratto 2016-2018 (quindi già scaduto) per 135 mila tra dirigenti medici, veterinari, sanitari e delle professioni sanitarie confluiti nella nuova area dirigenziale della sanità. Un accordo - siglato a Roma nella sede dell'Aran - che secondo la ministra per la Pubblica amministrazione Giulia Bongiorno «riapre anche per i medici la stagione contrattuale interrotta dal 2009, prevede aumenti in linea con il tasso di inflazione e mette ordine nella disciplina del rapporto di lavoro». La pre intesa inviata per la firma definitiva al vaglio del ministero dell'Economia e del Governo vale in tutto 518 milioni di euro l'anno a partire dal 2019, per un incremento lordo annuo pro capite di circa 220 euro mensili (oltre 2.500 euro l'anno) e un tabellare che cresce da 43.310 euro a 45.260 euro annui (+4,5%).

Briciole, considerato il lunghissimo periodo di stand-by dall'ultimo contratto del 2010, come rimarcano anche i sindacati del Patto per la professione medica che hanno scelto di non firmare contestando innanzitutto l'avvio del Fondo unico di posizione che rischierebbe di «omogeneizzare tutte le professioni in termini economici e di carriera». Mentre per quell'80% della rappresentanza sindacale che ha voluto «chiudere» - Anaao Assomed - Aaroi-Emac - Fassid (Aipac - Aupi - Simet - Sinafo - Snr) - Fp Cgil Medici e dirigenti Ssn - Fvm Federazione Veterinari e Medici - Uil Fpl - l'accordo è il migliore possibile. A ricordarlo su Facebook era stata innanzitutto la ministra della Salute Giulia Grillo: «Un adeguamento del contratto era doveroso da tempo, noi ci siamo riusciti! Ora è il momento di assumere e stabilizzare i professionisti della sanità per dare ai cittadini il massimo delle cure possibili».

«Questo contratto guarda proprio

ai giovani e alla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale - avvisa il segretario nazionale dell'Anaao-Assomed Carlo Palermo -. Siamo riusciti a fare le classiche nozze con i fichi secchi e con le scarsissime risorse disponibili abbiamo scelto di valorizzare carriere e competenze per rilanciare la sanità pubblica. Una ripartenza, ora tocca al Governo battere un colpo: in vista del rinnovo 2019-2021 ci aspettiamo che siano confermati gli aumenti del Fondo sanitario nazionale da 2 miliardi e un miliardo e mezzo di euro nel 2020 e 2021». Il sostegno ai giovani medici. I medici e i dirigenti con oltre cinque anni di anzianità - anche se ottenuta con contratti a tempo indeterminato e per periodi non continuativi - avranno a differenza di quanto accade oggi la certezza di ottenere un incarico retribuito. Per la maggior parte ciò si tradurrà in un aumento di 2 mila euro sulla retribuzione di posizione. Mentre i giovani medici neoassunti anche sotto i cinque anni otterranno per la prima volta una retribuzione di posizione, 1.500 euro l'anno. A tutti, poi, una clausola di garanzia assicura retribuzione di posizione certa in base all'anzianità e a prescindere dall'incarico. Doppio percorso di carriera. Alla carriera gestionale classica - cui si accede superando il concorso da primario - il nuovo contratto affianca a partire da gennaio 2020 quella professionale "aperta" che dovrebbe riguardare un totale di 9 mila posizioni, sulla base delle competenze specifiche che i direttori generali e i direttori di unità operativa vorranno valorizzare. Con criteri che però non potranno essere discrezionali ma basati sul curriculum. «A queste nuove figure sono finalmente legati aumenti retributivi - spiega Andrea Filippi della Funzione pubblica Cgil -: prima erano tutti fermi a 3.600 euro l'anno o al massimo si toccavano punte di 4.500 euro, mentre ora si stabiliscono quattro step di posizioni fisse per gli incarichi professionali, da 5.500 euro a un massimo di 12.500 euro l'anno».

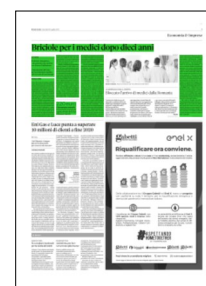
Più soldi al disagio lavorativo. L'indennità di guardia notturna raddoppia da 50 a 100 euro per notte e per i medici di Pronto soccorso, i più usurati, arriva a 120 euro a notte. Per contrastare il burnout e la "fuga" dal Ssn con Quota 100 i medici con più di 62 anni potranno chiedere l'esonero dalle "guardie".

220 euro

L'incremento mensile

L'incremento annuo pro capite previsto è di circa 220 euro mensili

© RIPRODUZIONE RISERVATA



RINNOVATO IL CONTRATTO**Sanità, meno medici dall'Est
I tedeschi li pagano il doppio**

Si ferma il flusso di medici dell'Europa dell'Est, soprattutto romeni, in cerca di stipendi e condizioni di lavoro migliori. Il motivo? Il salario di partenza da 10 anni fermo in Italia a 2.400 euro netti. Offerte migliori da altri Paesi Ue, Germania in testa. — a pagina 9

LA GERMANIA PAGA IL DOPPIO**Bloccato l'arrivo di medici dalla Romania**

Trasferirsi in Italia in cerca di stipendio e condizioni di lavoro migliori per rimpolpare organici sguarniti? Anche dai medici dell'Europa dell'Est, tradizionalmente attratti dalla nostra sanità, arriva ormai un "no grazie". Il motivo? Il salario di partenza da dieci anni fermo in Italia a 2.400 euro netti ha perso ogni appeal per i camici bianchi stranieri che ricevono ogni giorno offerte più allettanti nell'Unione europea, dove da qui al 2024 si andrà a caccia di 230mila professionisti. Con il nuovo contratto cambia poco: la paga d'ingresso arriva fino a 2.600 euro netti, mentre la Germania quasi raddoppia, con un'offerta-base di 4.500 euro e una serie di benefit (alloggio incluso) che la rendono decisamente allettante. E se i dottori "rumeni" in entrata si riducono al lumicino, c'è da temere che i flussi in uscita resteranno alti. Lo Stato spende circa 200mila per formare i nostri giovani medici.

—B.Gob

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PIERINO DI SILVERIO Il chirurgo del Cardarelli di Napoli ha rinunciato a un lavoro nel privato

“A 41 anni sono precario e spero nel concorso Ho pagato gli studi andando a fare le pulizie”

PIERINO DI SILVERIO
MEDICO PRECARIO
AL CARDARELLI DI NAPOLI



Sono giunto al quinto rinnovo del mio contratto di sei mesi, ma questo è il lavoro che sognavo

INTERVISTA

Pierino Di Silverio, una specializzazione in chirurgia e una in igiene a 41 anni ha abbandonato gli agi del privato per tornare a fare il precario al Cardarelli di Napoli. Ma non si pente della scelta e nel nuovo contratto vede più possibilità di carriera. Aspettando che si riaprano i concorsi.

Quando è iniziata la sua esperienza negli ospedali pubblici italiani?

«A 12 anni, in Calabria, già sognavo già di fare il medico. Così a 18 anni, appena diplomato, mi presento a Napoli per fare il test di ammissione. Fallisco il primo anno perché i posti per medicina erano pochi. Alla fine entro e mi laureo, perfettamente nei tempi. Ma qui inizia il calvario».

Come mai?

«Perché il mio sogno era fare il chirurgo e infatti dopo l'abilitazione sono entrato nella scuola di specializzazione in chirurgia. Ma in sala operatoria in sei anni ci sono entrato solo come ferista, quello che passa gli attrezzi al chirurgo. Esperienza maturata zero, in compenso diverse sostituzioni di guardie mediche e molte guardie notturne, da solo senza neanche il tutor previsto dalla legge. Il tutto per un salario da specializzando che all'epoca era di 800 euro al mese, poi raddoppiati per le proteste. Quanto era dura vivere con

quella retribuzione?

«Proprio in quegli anni venivano a mancare i miei genitori e questo ovviamente ha complicato le cose. Per pagare la scuola mi svegliavo alle 5 di mattina e andavo a fare le pulizie in un supermercato prima di indossare il camice. Per non parlare delle ore di sonno perse per lavorare di notte nei pub».

Poi però si è specializzato?

«Sì ma di concorsi in chirurgia nemmeno l'ombra. Così decido di specializzarmi anche in igiene e medicina preventiva, illudendomi di fare carriera come direttore sanitario. Ma anche qui niente posti. A 35 anni, dopo 17 di studi in medicina e tanto precariato, accetto l'offerta di una multinazionale farmaceutica come responsabile degli studi clinici. Del resto volevo sposarmi con la mia attuale moglie, anche lei medico. La retribuzione era di 3 mila euro mensili più auto aziendale, buoni pasto e benzina. Ma il cuore continuava a battere per l'ospedale».

Quindi?

«Dopo un trasferimento a Milano, dove mia moglie aveva trovato un posto da anestesista nel privato, torno a Napoli e riesco a diventare direttore sanitario di una Residenza socio sanitaria. Un buon posto, ma volevo realizzare il sogno di lavorare in ospedale. Così quando al centro trapianti del Cardarelli di Napoli indicano un concorso per medici igienisti mi presento e vinco. A 40 anni sono tornato a fare il precario con contratti di sei mesi. Sono arrivato al quinto rinnovo. Vivo con l'ansia del futuro, tanto più avendo un figlio e un altro in arrivo».

Con il nuovo contratto le cose miglioreranno?

«Credo di sì, perché consentendo di riunire gli spezzoni di lavoro precario avremo più possibilità di carriera. Se poi arrivassero anche le assunzioni sarebbe meglio». P.A. RU. —

© BY NC ND AL CUNO DIRITTI RISERVATI



Nuovo contratto e stipendi più alti per evitare la fuga dei medici

Sblocco delle promozioni, 200 euro in più al mese, compenso raddoppiato per i turni di guardia

Le nuove regole interesseranno anche biologi, fisici, chimici e veterinari

PAOLO RUSSO
ROMA

Governo e regioni provano ad arginare la grande fuga dei medici dagli ospedali pubblici mettendo nelle loro tasche 217 euro lordi mensili di aumento medio, più circa 8 mila euro annui di arretrati e riconoscendo il lavoro precario ai fini della carriera dei più giovani. Che sono poi quelli più attratti dalle sirene del privato e del lavoro all'estero. A fare il passo è il contratto firmato ieri notte dopo 10 anni di attesa e che riguarda in tutto 130 mila dirigenti sanitari, non solo camici bianchi, ma anche biologi, fisici, chimici e veterinari. La spina dorsale della nostra sanità pubblica.

Il contratto

L'accordo porta in dote anche un aumento medio di 2.000 euro della cosiddetta "retribuzione di posizione", percepita da chi dopo 5 anni di lavoro abbia assunto qualche incarico specifico. A prescindere dall'attribuzione di un incarico o meno una clausola di garanzia assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità di servizio: 5 mila euro annui al passaggio dei 5 anni, 6 mila al compimento dei 15 e 7 mila passati i 20 anni di servizio. Per consolare i camici bianchi stressati da turni di lavoro sempre più massacranti per carenze di organico il compenso per la guardia notturna raddoppia, passando da 50 a 100 euro, che diventano 120 per chi la notte la passa nella bolgia dei pronto soccorso.

Anziani e giovani

I nostri dottori hanno sempre

più i capelli bianchi per il mancato rinnovo generazionale d'ora in avanti, superati i 62 anni di età, a richiesta si potrà essere esonerati dai turni di guardia, che compresa la reperibilità non potranno comunque essere più di 10 al mese. Disposizione non facile da attuare con gli attuali vuoti in pianta organica, destinati ad aggravarsi con la fuga di altri 16.500 medici da qui al 2025, in aggiunta agli oltre cinquemila che da inizio anno a maggio hanno scelto la pensione anticipata approfittando di quota 100. Le novità più importate sono quelle che riguardano i giovani, sperando che le novità contrattuali bastino a trattenerli. Tanto per cominciare i neo assunti si ritroveranno 1.500 euro in più l'anno sotto la voce di "retribuzione fissa di posizione" che fino a ieri si otteneva solo dopo 5 anni di anzianità. E chi fino ad oggi è stato condannato a una vita da precario, senza possibilità di carriera in ospedale, si vedrà riconosciuti anche quegli spezzoni lavorativi non continuativi da co.co.pro. ai fini del raggiungimento della faticosa soglia di 5 anni di anzianità, che porta all'obbligo di attribuzione di un incarico oltre a una retribuzione minima aggiuntiva di 5.500 euro lordi mensili.

Novità per le donne

Un occhio di riguardo il contratto lo riserva anche alle donne, aumentando la percentuale di quelle che possono essere ammesse al part time e offrendo garanzie circa il mantenimento del salario di risultato pur a fronte di assenze legate alla gravidanza. «Un contratto che, pur non essendo un risarcimento di quanto perso negli anni di blocco, rimette in moto la dinamica retributiva», dice con soddisfazione l'Anao Assomed, il principale sindacato dei camici bianchi ospedalieri. La firma all'accordo non l'ha invece apposta la federazione Cimo-An-

po-Fesmed, che rappresenta il 22% della categoria, con più presenza tra i Primari. A far storcere loro il naso sarebbe «la carriera unica che, in mancanza di criteri selettivi, offre ai direttori generali di Asl e ospedali la possibilità di favorire progressioni di carriera secondo vecchie logiche clientelari». Tutto il contrario di quel che pensano i sindacati firmatari, che nell'obbligo di conferimento di un incarico dopo 5 anni di attività vedono invece proprio la fine di ogni discrezionalità. —

© BY NC ND AL CUNO DIRITTI RISERVATI

130 mila
i camici bianchi
che usufruiranno
delle novità
previste dall'intesa

10
gli anni trascorsi
dalla scadenza
del precedente
contratto di lavoro

16 mila
i medici che potrebbero
andare all'estero
o passare alla sanità
privata entro il 2022



Firmato il nuovo contratto dei medici

La lunga attesa Dopo dieci anni siglato l'accordo per 130mila professionisti
Aumento medio di 200 euro mensili e indennità più alte nei Pronto soccorso

Valentina Conti

■ L'attesa snervante stavolta ha avuto un epilogo felice. Dopo dieci anni di trattative è stato firmato il contratto di medici e dirigenti sanitari. Riguarda circa 130mila professionisti della sanità. L'intesa firmata all'Aran, l'Agenzia per la rappresentanza negoziale delle pubbliche amministrazioni, è stata sottoscritta da tutti i sindacati medici tranne che dalla Federazione Cimo, Fesmed e Anpo. E prevede 200 euro lordi di aumento medio mensile. «Abbiamo raggiunto, dopo anni, risultati economici e normativi che segnano un solco con anni di assenza contrattuale», ha sottolineato a caldo Andrea Filippi, segretario nazionale Fp Cgil. Rendendo noto: «Sono state premiate le carriere gestionali e professionali e valorizzato finalmente il lavoro dei giovani neo-assunti che prenderanno una retribuzione di posizione minima di 1.500 euro annue da subito: un fatto storico mai accaduto prima. Così come lo è l'aver previsto la certezza di ottenere un incarico dopo 5 anni di servizio, con una retribuzione che sale di 2.000 euro all'anno». Viene finalmente premiato il lavoro «disagiato» dei medici di Pronto soccorso e delle guardie mediche: il nuovo contratto contempla, infatti, un aumento delle indennità notturne di guardia da 50 a 100 euro, fino ad arrivare a 120 euro nei Pronto soccorso. Inoltre, chi ha più di 62 anni può chiedere di essere esonerato dai turni delle guardie mediche. Tra le novità, in dettaglio: aumenta la parte fissa di tutte le posizioni gestionali e professionali e figurano nuove carriere «aperte» per i medici sulla

base della professionalità e competenza, per un totale di 9mila posizioni.

Ai nuovi ruoli - definiti «posizioni di altissima professionalità» - che includono un incremento economico, vi si accede attraverso una selezione da parte dei manager e dirigenti sanitari in relazione a tre criteri: casistica professionale, capacità di utilizzo delle tecnologie e curricula. E ancora: vengono storicizzati i fondi e le posizioni e sale la quota pensionabile, mentre una clausola di garanzia assicura a tutti una retribuzione di posizione certa in base all'anzianità ed a prescindere dall'incarico.

«È fatta! Dopo 10 lunghi anni è stato firmato il rinnovo del contratto nazionale dei #medici ospedalieri. Ora avanti insieme per un futuro migliore per il nostro #Ssn», ha twittato il ministro della Salute, Giulia Grillo. «L'accordo - ha chiosato il ministro per la Pubblica amministrazione, Giulia Bongiorno - riapre anche per i medici la stagione contrattuale interrotta dal 2009, prevede aumenti in linea con il tasso di inflazione e mette ordine nella disciplina del rapporto di lavoro». «Un investimento sulla dignità del lavoro. Sono stati previsti meccanismi premianti e valorizzato il lavoro di tanti giovani neoassunti che, a causa della precarizzazione del settore, hanno maturato esperienza in modo non continuativo: ora, anche loro, avranno accesso a un percorso di carriera che li garantisce, con l'obiettivo di assicurare innanzitutto una Sanità migliore per tutti», ha rimarcato il sottosegretario per la Pubblica Amministrazione, Mattia Fantinati. Soddisfazione è stata espressa dalla segretaria generale della Cisl, Annamaria Furlan.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedale di Caserta

Falso, truffa e corruzione Sei arresti

■ Acquisto pilotati di macchinari e materiale medico senza una reale necessità, se non quella di ottenere tangenti dalla ditta disposta a pagare e dalla quale ottenere vacanze gratuite, farmaci sottratti in ospedale, un intero reparto finito per essere piegato all'interesse di un primario in pensione e di sua moglie, sorella di un ex boss, gestore di un centro analisi dove potere effettuare esami di laboratorio a parenti e amici. È il quadro a tinte fosche che emerge dall'indagine condotta dalla procura di Santa Maria Capua a Vetere (Caserta) e dei Nas dei carabinieri, nel quadro dell'indagine "Analisys", che ha portato alla luce un sistema corruttivo all'interno dell'ospedale "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta, già finito nel mirino della magistratura per infiltrazioni camorristiche. Sei le misure cautelari (di cui una in carcere e due ai domiciliari, l'ex primario e la moglie) e 41 gli indagati.

Tra le persone coinvolte un militare che per l'accusa avrebbe cercato di facilitare il superamento del concorso nell'Esercito dei figli di una collaboratrice del primario, tecnico di laboratorio. Le sei persone sono accusate di associazione a delinquere aggravata finalizzata alla commissione di fatti di peculato, di corruzione per atti contrari ai doveri d'ufficio, di falsità ideologica e di truffa aggravata.

Tra gli indagati anche Domenico Zinzi, ex presidente della provincia di Caserta ed ex sottosegretario alla Salute: l'ipotesi di reato è peculato in concorso.

F. M.

©RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedaletto, la riqualificazione parte da una base di 1,4 milioni

Firma a Firenze di un accordo pubblico-privato per il rilancio dell'area produttiva
Il sindaco: i fondi serviranno per un elaborare un piano di interventi e i primi band

FIRENZE. «Ospedaletto va fatto come l'Osmannoro. Spero venga qualche azienda di moda e dell'alta tecnologia», dice il sindaco di Pisa **Michele Conti**. «Sì. Un'area produttiva a passo d'uomo, che coniughi ambiente e rinascita sociale», aggiunge con una frase ad effetto la presidente dell'Ordine degli architetti **Patrizia Bongiovanni**. Queste le ambizioni del protocollo d'intesa per la riqualificazione dell'area di Ospedaletto.

Un accordo firmato ieri a Palazzo Strozzi Sacratì, sede della giunta regionale, con la "benedizione" dell'assessore alle attività produttive **Stefano Ciuoffo**: «Così ci muoviamo, come una regione che fa sistema». A sottoscrivere l'intesa ci sono pure i rappresentanti dell'Unione Industriale Pisana, della Camera di Commercio, di Cna, Confcommercio, Confesercenti, l'Ordine degli architetti e l'Ordine degli ingegneri. Politica, associazioni di categoria e ordini professionali. Per una volta tutti d'accordo. Tutti a ragionare come un sistema unico.

OSPEDALETTO TRA CRISI E RINASCITA

Tirata su a capannoni negli anni Settanta, utilizzata per la produzione industriale negli anni Ottanta e Novanta, oggi

l'area di Ospedaletto è sospesa in una zona "grigia" tra abbandono e rinascita. C'è lo scheletro di una palazzina alta quattro piani che avrebbe dovuto ospitare uffici. Concessionarie d'auto chiuse. Marciapiedi "monchi", fatti solo di massicciate, ai lati delle strade. Una fermata dell'autobus senza pensilina. Zone verdi che proprio verdi non sono. E qualche barrettino sparuto. Qui però ha aperto uno stabilimento l'azienda nel settore della difesa, Leonardo. Ci sono le aziende farmaceutiche Abiogen e Farmigea. C'è un grosso call center della Vodafone. In altre parole, non è certo una situazione simile a quella di un deserto. Ma le esigenze di rilancio e riqualificazione restano evidenti.

I CONTENUTI DELL'INTESA

L'accordo firmato ieri in Regione punta al rilancio. Ma come? «Intanto mettiamo i soldi», dice il sindaco Conti. «Noi come giunta siamo disposti a piazzare 700 mila euro nel bilancio 2020». E la Regione sarebbe disposta a fare altrettanto. Totale: 1,4 milioni di euro. Questi soldi serviranno ad elaborare un masterplan. E poi a fare i primi bandi comunali per attrarre gli investimenti dei privati. In un documento redatto da alcuni firmatari di ieri figurano due rotatorie da realizza-

re agli incroci nella parte sud ed un parcheggio intermodale da collocare nell'attuale area fieristica. Si sostiene la necessità di migliorare il collegamento con la città e con l'aeroporto, di riaprire lo svincolo autostradale di Pisa Sud creando un collegamento diretto con l'area di Ospedaletto e quella di realizzare un polo intermodale con la linea ferroviaria Pisa-Collesalveti.

LA COLLABORAZIONE TRA PUBBLICO E PRIVATO

Tra le esigenze figura anche quella di mettere in esercizio nuove linee di bus urbani a servizio dell'area e l'idea di realizzare una metropolitana leggera di superficie sfruttando la ferrovia Pisa-Collesalveti al momento poco utilizzata. Ma si vuole anche piantare gli alberi lungo le strade. Aprire una farmacia, un alimentari, un ristorante. Perfino un asilo nido per le mamme lavoratrici della zona. Conti parte dai marciapiedi. «Non è che li deve rifare per forza tutti l'amministrazione comunale. Magari anche i privati ci possono dare una mano». «La stessa cosa con la produzione di energia da fonti rinnovabili. Pubblico e privato possono aiutarsi a vicenda», aggiunge Bongiovanni. Staremo a vedere. —

Samuele Bartolini

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



UNIONE INDUSTRIALE

Pacini: una tappa che speriamo dia presto frutti

«Con la firma di questo protocollo – ha detto Patrizia Pacini, promotrice dell’iniziativa e presidente dell’Unione Industriale Pisana – raggiungiamo una tappa che come industriali ci siamo dati circa un anno fa, finanziando un progetto di fotografia dello stato di tutta l’area di Ospedaletto. Tale progetto ha dato via ad una serie di incontri, confronti tra imprenditori, enti e professionisti. Attraverso anche il coordinamento con Confindustria Toscana siamo riusciti a raggiungere questa prima tappa con la Regione che ritengo fondamentale e che spero dia presto i suoi frutti per la riqualificazione urbanistica dell’area utile ad attrarre investimenti ed a migliorare la qualità della vita di chi nell’area lavora».



I firmatari dell'intesa sottoscritta in Regione per il rilancio di Ospedaletto

L'ex assessora di Fdl consiglia la canapa ad uso terapeutico

Sonia Avolio dopo l'esperienza in municipio a Cascina si è concentrata di nuovo sulla professione di medico

CASCINA. Chiusa l'esperienza con l'amministrazione comunale di Cascina, **Sonia Avolio**, ex assessore comunale di Fratelli d'Italia e già candidata a sindaco per una lista di sole donne, si è tuffata di nuovo negli impegni della sua professione di medico, dedicandosi alla terapia del dolore e consigliando l'uso terapeutico della canapa. Già lo faceva nell'ambulatorio che la dottoressa ha a Pisa, come lei stessa ci ha raccontato. Ora ha ampliato l'attività in collaborazione con MedInCare e le Misericordie della provincia di Pisa.

«Un ruolo sognato, sofferto, desiderato e scelto – spiega **Giuliana Rossano**, consulente degli ambulatori –. Io un cannabis counselor nel posto esatto dove voglio essere». Foto e commenti di soddisfazione non sono mancati in questi giorni sui social, a cominciare dal giorno in cui sono stati inaugurati gli uffici

di via Carducci a San Giuliano e i due ambulatori collegati, quello della Misericordia a Montecalvoli (tutti i mercoledì pomeriggio, su appuntamento 0587748700) e un altro a San Vincenzo. MedInCare, spiega chi ci lavora, è una rete di professionisti che opera all'interno della medicina integrata & cannabis terapeutica e come analgesico. «I percorsi che proponiamo offrono alla persona la possibilità di concordare il piano di cura con il terapeuta e l'interazione multidisciplinare consente il raggiungimento dell'obiettivo nel minor tempo possibile», dice la dottoressa Avolio. Il counselor MedInCare di fatto affianca i pazienti durante tutto il percorso, dalle informazioni di base alla fase attuativa, al mantenimento del risultato raggiunto. Direttore medico degli ambulatori è appunto la Avolio, amministratore delegato il dottor

Paolo Bertoni, la counselor, come detto, Giuliana Rossano, di Lucca. Chi fosse interessato a ricevere questo tipo di terapia può rivolgersi alla Misericordia di Montecalvoli, in via Lungomonte 232, e al Centro Salus, in via Biserno 80 a San Vincenzo.

«Come è facile capire, non si tratta di liberalizzare il consumo della canapa, che resta illegale – spiega Avolio – ma di utilizzarla a fini terapeutici, per curare cefalea o fibromalgia, così come può essere consigliata come antibiotico. Si parla sempre della canapa che contiene meno dello 0,6% di Thc e quindi non ha effetti psicotropi. Con questa terapia può trovare giovamento il colon irritabile o altre patologie anche di tipo muscolare. Il sollievo trova riscontro nel miglioramento della vita quotidiana».

S.C.





Un momento dell'inaugurazione di uno degli ambulatori dove lavora la dottoressa Sonia Avolio

Muore dopo il malore in bici sul ponte

Un uomo di 77 anni ieri pomeriggio, in bici sul ponte della Vittoria, si è sentito male ed è caduto. Immediati i soccorsi. Ma il 77enne è apparso subito grave ed è spirato appena arrivato al policlinico



LESIONI

Donna ferita e sangue in cas Denunciato il compagno

E' STATO denunciato il compagno straniero della donna che si è presentata martedì mattina al pronto soccorso con un taglio profondo al braccio, 30 i giorni di prognosi per lei che avrebbe anche altri segni sul corpo. Il suo racconto («mi sono ferita con un coltello mentre cucinavo») non convince gli investigatori. E' la squadra mobile, che si è attivata su segnalazione dei vicini della giovane che hanno notato sangue sul pianerottolo e che avrebbero sentito anche urla provenire dall'abitazione, a seguire il caso. I poliziotti sono entrati nell'alloggio dove hanno trovato altro sangue. A quel punto sono andati in ospedale dove hanno trovato la ragazza. Lui, che pare aver cercato di informarsi sulle condizioni della compagna, non si è ancora presentato ufficialmente alle forze dell'ordine. E viene quindi ancora cercato.

a. c.



«Sono stanco, vado a riposarmi» Muore nel sonno noto pasticciere

«SONO stanco, vado a riposarmi». Ma Tiziano Pardini da quel sonno non si è più svegliato. Un infarto lo ha colpito all'improvviso, martedì nel tardo pomeriggio, senza dargli scampo. Aveva 48 anni. E' stata sua moglie ad accorgersi del dramma e ad allertare i soccorsi, purtroppo vani. Tiziano se n'era già andato. Lasciando il suo grande amore, e suo figlio. Si era trasferito a Pisa, città d'origine della moglie. E lì vivava ormai da anni, tornando però ogni giorno a Viareggio per lavoro. Era pasticciere, perno e punto di riferimento della pasticceria Puccinelli alla Migliarina. Dalla porta del laboratorio era solito affacciarsi per salutare i clienti, molti dei quali diventati amici. La salma si trova alla pubblica assistenza a Pisa dove domani mattina alle 10 si terrà una benedizione e poi la cremazione. Nel pomeriggio, alle 18, alla chiesa di San Pietro sul viale Venezia a Torre del Lago ci sarà la commemorazione. E le ceneri poi verranno portate al cimitero di Viareggio.



ECONOMIA



Tra Comune e Regione
intesa per riqualificare
l'area industriale

■ A pagina 5

Il rilancio di Ospedaletto

Firmato in Regione il protocollo per riqualificare

I PROMOTORI

**Un anno fa il progetto
e il tavolo di lavoro voluto
dall'Unione Industriale**

E' STATO firmato ieri a Firenze il protocollo d'intesa per la riqualificazione dell'area produttiva di Ospedaletto da tutti i soggetti interessati a renderla maggiormente attrattiva per nuove realtà produttive e per il mondo della ricerca e dell'innovazione tecnologica. Il protocollo è stato sottoscritto dal sindaco di Pisa Michele Conti, dall'assessore Regionale alle attività produttive Stefano Ciuoffo e dai rappresentanti dell'Unione Industriale Pisana, della Camera di Commercio Industria Artigianato Agricoltura di Pisa, della Confederazione Nazionale Artigianato di Pisa, della Confcommercio Pisa, della Confesercenti Toscana Nord, dell'Ordine degli Architetti della Provincia di Pisa, dell'Ordine degli Ingegneri della Provincia di Pisa.

Con questo accordo le parti si impegnano a definire congiuntamente i contenuti di un progetto di riqualificazione dell'area produttiva di Ospedaletto. Il Comune di Pisa, in raccordo con le associazioni di categoria firmatarie, si impegna a predisporre una proposta di massima contenente gli interventi, pubblici e privati, finalizzati alla riqualificazione dell'area, e le azioni di valorizzazione e promozione dell'area di Ospedaletto. La Regione dal canto suo si impegna a individuare possibili linee di finanziamento per favorire nuovi insediamenti all'interno delle attività di Invest in Tuscany.

«La firma del Protocollo è un primo importante passo – ha dichiarato il sindaco Conti – per la riqualificazione di un'area di grande impor-

tanza per la nostra città. L'area produttiva di Ospedaletto ha carattere strategico non solo per Pisa ma per l'intera fascia costiera, anche grazie alla sua posizione geografica e all'ottimo collegamento stradale con tutta la Toscana, garantito dalla vicinanza con la FI-PI-LI e con l'Autostrada A1. La nostra amministrazione ha già dimostrato con degli atti concreti di lavorare per valorizzarla, eliminandone le criticità e promuovendone le potenzialità. Basti pensare al percorso per il superamento definitivo dell'insediamento abusivo in via Maggiore Oratoio: un elemento di forte criticità che ha reso meno attrattiva l'area e creato gravi problemi ai molti imprenditori. Su 280 persone nell'insediamento, ne sono già uscite circa 130 e altre 70 usciranno a breve. Contiamo entro il prossimo anno di completare il lavoro, mentre le operazioni di bonifica dei terreni sono già iniziate».

«CON la firma di questo protocollo – ha dichiarato Patrizia Pacini, promotrice dell'iniziativa e presidente dell'Unione Industriali di Pisa – raggiungiamo una tappa che come industriali ci siamo dati circa un anno fa, finanziando un progetto di fotografia dello stato dell'arte e di riqualificazione di tutta l'area di Ospedaletto. Tale progetto ha dato via ad una serie di incontri, confronti tra imprenditori, enti e professionisti. Attraverso il coordinamento con Confindustria Toscana siamo riusciti a raggiungere questa prima tappa con la Regione che ritengo fondamentale, e che spero dia presto i suoi frutti».



«Comune assente», Pisa perde il Festival della robotica

L'amarezza del professor Franco Mosca direttore organizzativo della kermesse

«Il Comune di Pisa non ha preso ad oggi una decisione, l'edizione 2019 del Festival internazionale della robotica non si farà». Franco Mosca, professore emerito di Chirurgia generale all'Università di Pisa e direttore organizzativo della kermesse, conferma le voci che si sono rincorse negli ultimi giorni. La manifestazione, che in appena due edizioni è diventato un punto di riferimento per il settore, è cancellata. In un colpo solo Pisa perde un evento capace di accendere i riflettori mondiali sulla città e su un settore in cui rappresenta un'eccellenza assoluta. La "robotown" non ha più il suo Festival per una questione anzitutto economica: dalle istituzioni locali non è arrivato il sostegno necessario. **BOI / A**
PAG. 11 E IN CRONACA

IL CASO

La robotica pisana perde il suo Festival «Un danno enorme per tutta la città»

Niente edizione 2019 e quella 2020 è sempre più a rischio
Una perdita da 15mila presenze turistiche in sette giorni

PISA. Quindicimila presenze in sette giorni. È il flusso turistico che Pisa perderà nel 2019 a causa della cancellazione del Festival della robotica. «Il Comune è assente, l'Arpa (la fondazione che aveva finanziato le prime due edizioni del festival, ndr) è fuori dai giochi: quest'anno niente Festival», spiega **Franco Mosca**, luminare della medicina e direttore organizzativo del Festival. L'appuntamento è rinviato al 2020, o almeno si spera. «In attesa che il Comune decida, non ho smesso di pensare a un'edizione l'anno prossimo», assicura il professore emerito di Chirurgia generale dell'Università di Pisa. Ma è forte il timore che il Fe-

stival della robotica scompaia per sempre. Ed è pesante l'impatto con cui la città deve fare i conti.

Un impatto che va ben oltre le 15mila presenze svanite nel nulla. Altrettanto importante è la perdita di immagine per la città dove è stato costruito il primo computer italiano, dove è nato il dominio internet.it e dove si registrano le più alte concentrazioni al mondo di ricerca, produzione e applicazione di sistemi robotici. Una realtà che nel Festival aveva trovato un'opportunità unica per ottenere risonanza mediatica, un'occasione importante per attirare l'interesse di potenziali investitori del settore.

«Un impoverimento per la nostra città», sottolineano **Luca Pisani** e **Claudio Salati**, rispettivamente coordinatore del gruppo di Pisa e coordinatore dei gruppi provinciali di +Europa, che mettono sul banco degli imputati l'amministrazione guidata da Michele Conti e chiedono un intervento immediato per far sì



che sia revocata la decisione di rinviare di un anno il Festival: «Il Comune di Pisa deve farsi promotore di un rilancio immediato, assumendo un ruolo di coordinamento e mettendo su un tavolo con i principali promotori e partner per cercare di organizzare al meglio e in tempi brevi l'edizione 2019 di un evento assolutamente importante che valorizza le eccellenze pisane». L'invito fatto a Conti è poi declinato in forma di appello verso gli altri organizzatori dell'evento: «Chiediamo che tutti coloro che hanno fatto parte fattivamente dell'organizzazione si mobilitino per salvaguardare questo evento internazionale che valorizza le eccellenze pisane», concludono Pisani e Salati.

Un appello a cui si aggiunge quello dell'associazione Amici di Pisa: «Non possiamo fare a meno del Festival e non possiamo pensare di ridurlo – afferma il presidente **Stefano Ghilardi** –. Il Festival è inoltre un'occasione vincente per “destagionalizzare” il turismo nei mesi meno intensi e garantire continuità lavorativa agli operatori alberghieri e commerciali. Pisa ha inoltre tre centri d'eccellenza universitari, altre grandi eccellenze in campo medico e biomedicale ed anche artigianale e industriale. Dobbiamo arrivare a costruire un polo della robotica e il Festival ne è un elemento importante. Per questo chiediamo che il Comune di Pisa sia la cinghia di trasmissione dell'organizzazione insieme ai comuni limitrofi per ripetere su Pisa il modello-Milano per le Olimpiadi invernali».

Per ora Palazzo Gambacorti tace come ha fatto negli ultimi 10 mesi. L'amministrazione fu infatti chiamata in causa già lo scorso ottobre da Mosca durante l'inaugurazione del Festival 2018. Ma a quel «è necessario che il Comune di Pisa diventi capofila del progetto» pronunciato dal direttore della kermesse non è arrivata risposta. —

Giuseppe Boi
Servizio a pagina 11

L'EVENTO

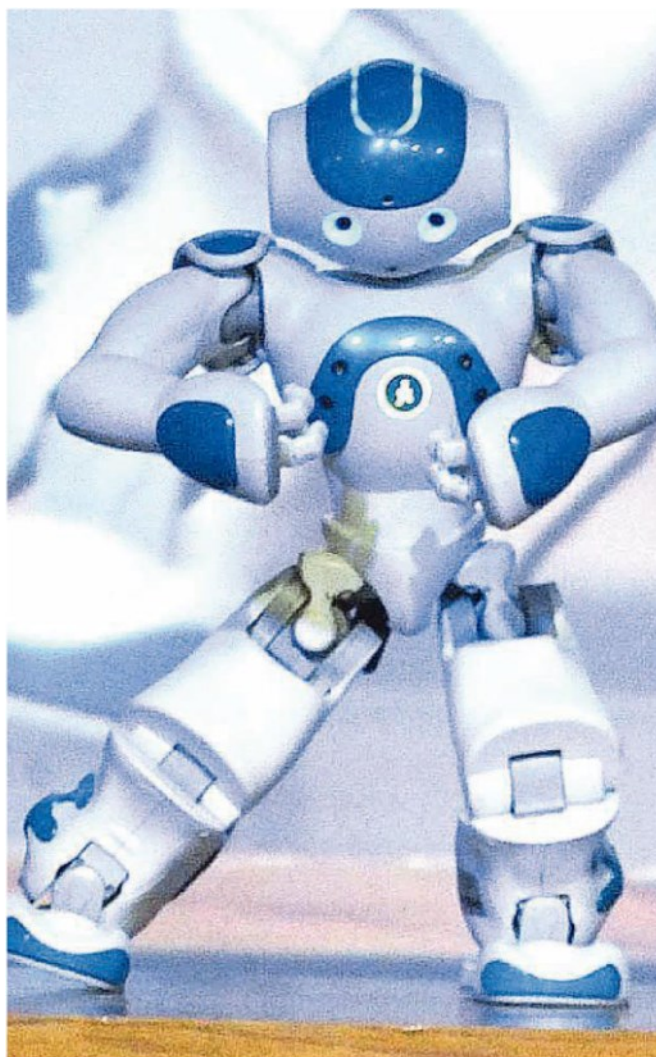
In soli 2 anni è diventato il riferimento del settore

Tra il 2017 e il 2018 il Festival organizzato da Franco Mosca (sopra) è diventato riferimento nel settore (a destra uno dei robot protagonisti l'anno scorso) grazie a 93 eventi per oltre 30 discipline.

I RISVOLTI

Anche il team organizzativo rischia di perdersi

«Abbiamo ottenuto grandi risultati, non solo legati all'evento in sé, ma anche perché abbiamo formato un gruppo di giovani che ha acquisito un'esperienza importante», così Franco Mosca parla del team organizzativo che lo ha supportato nelle edizioni 2017 e 2018 del Festival della robotica. «Sono ragazzi che abbiamo conosciuto con il servizio civile e che in questi anni si sono migliorati e ancora più qualificati. Potrebbero essere il futuro dell'organizzazione, perché capaci di conciliare sia la vastità di tematiche coinvolte, sia le novità quotidiane, evitando sovrapposizioni che riducono la piena fruibilità dell'evento da parte del pubblico».



LE PROSPETTIVE

«Dalla Robotown alla Robot valley» Mosca rilancia e pensa alla Valdera

Per l'edizione 2020 del Festival gli organizzatori puntano sulla provincia: «Lì abbiamo riscontrato il grande interesse delle istituzioni e dei privati»

PISA. Cancellata l'edizione 2019, si pensa già a quella 2020. Lo smacco di non essere riusciti ad organizzare il terzo Festival della robotica consecutivo è forte, ma la speranza è riuscire a farlo rinascere l'anno prossimo. E Franco Mosca, direttore organizzativo della kermesse, punta ad un alleato che ha un interesse e un ruolo strategico nel settore: la Valdera.

«Lì abbiamo riscontrato un grande interesse da parte delle istituzioni e dei privati», rivela il professore emerito. E basta citare tre eccellenze come l'Istituto di biorobotica della Scuola superiore Sant'Anna, la Casa domotica di Peccioli e il Polo scientifico e tecnologico di Navacchio per capire quanto peso abbiano i robot e il loro sviluppo nella provincia pisana. E non a caso Mosca, che a suo tempo conio per Pisa il termine *Robotown*, la definisce «la *Robot valley* toscana».

Capofila di un settore capace di attirare investimenti ed esperti del settore da tutto il mondo è senza dubbio l'Istituto di robotica del Sant'Anna. La sede si trova a Pontedera presso il Polo Valdera dove sono presenti apparecchiature di avanguardia per l'analisi, per la progettazione e per la micro e nano fabbricazione. Sempre nel centro di studi della città della Piaggia sono presenti le aule e una guest house, vale a dire una struttura per ospitare i ricercatori provenienti da tutto il mondo. Nell'istituto, diretto da **Christian Cipriani**, fanno ricerca e lavorano più di

200 persone: 26 docenti e ricercatori, più di 90 studenti di dottorato, più di 75 assistenti di ricerca, più di 20 amministrativi e tecnici, un numero variabile di studenti, tesi e ricercatori in visita.

Diretta espressione dell'istituto di Pontedera è la Casa domotica di Peccioli. Un vero e proprio incubatore, di imprese, idee e tecnologie che ha ospitato tanti test ed esperimenti collegati alla robotica. Spesso con uno spirito anche goliardico come le gare di robot maggiordomi per testare gli sviluppi dell'intelligenza artificiale o la sfida robot tra Italia e Germania con da una parte un gruppo di ricercatori dell'Università La Sapienza di Roma con il robot «SPQR» e dall'altra gli studenti di Bonn-Baden e di Coblenza.

Altra istituzione è poi il Polo scientifico e tecnologico di Navacchio, vale a dire il più grande parco tecnologico della Toscana in cui operano 60 aziende e oltre 600 persone. Una realtà capace di mettere in connessione idee, progetti, talenti e competenze nei settori dei servizi, robotica, microelettronica e biomedica. Un vero e proprio punto di riferimento per imprese e startup grazie alla presenza di una squadra pronta ad offrire un supporto per far crescere le aziende vecchie e, soprattutto, nuove.

E questa concentrazione di ricerca, scienza e innovazione ha permesso il sorgere di una miriade di imprese che hanno proprio nella robotica il loro settore d'eccellenza. Un'eccellenza di cui si giova sia la provincia sia la stessa città di Pisa e, in un possibile futuro, anche il Festival internazionale della robotica in versione *Robot valley*. —

G.B.



Il presidente Mattarella e il robot Doro realizzato a Pontedera



DOMANI LA BENEDIZIONE ALLA PUBBLICA ASSISTENZA

Stroncato da un infarto mentre è in casa pasticciare di 48 anni

PISA. Il mondo della pasticceria viareggina è in lutto per la scomparsa prematura di un suo valido rappresentante, da tempo pisano d'adozione per motivi familiari.

All'età di soli 48 anni, infatti, è venuto a mancare **Tiziano Pardini**, pasticcere al laboratorio artigianale di pasticceria Puccinelli di via Fratelli Cervi, a Viareggio.

L'uomo è deceduto martedì nel tardo pomeriggio nella sua abitazione di Pisa a causa di un infarto che lo ha colto all'improvviso senza lasciargli scampo. Inutili i soccorsi o i tentativi di fronteggiare un'emergenza che si è tradotta in una tutta la sua drammaticità con il decesso in pochi minuti del pasticciere.

Pardini era originario di Torre del Lago, anche se ormai viveva a Pisa da tempo dove si era trasferito insieme alla moglie - che è pisana - e al figlio di 23 anni. Ogni giorno partiva per recarsi al lavoro nel laboratorio viareggino.

La salma del pasticciere si trova alla Pubblica Assistenza di via Bargagna, dove domani alle 10 si terrà una benedizione alla presenza di tutti coloro che vorranno salutarlo.

Nella stessa giornata, ma nel pomeriggio alle 18, alla chiesa di San Pietro sul viale Venezia a Torre del Lago ci sarà la commemorazione.

Il corpo di Pardini sarà cremato e le ceneri saranno portate al cimitero a Viareggio.

Molte le testimonianze di cordoglio circolate in rete non appena la notizia si è diffusa.

Perché il laboratorio artigianale di via Fratelli Cervi è tra i più noti per le composizioni da cerimonie, l'offerta di dolci particolari per ogni occasione, la fantasia nella produzione e nelle decorazioni.

Davvero uno dei luoghi più quotati, grazie al suo personale, in fatto di dolci per occasioni speciali. —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Tiziano Pardini



SALTA L'EDIZIONE 2019

La Pisa leghista taglia il festival della robotica «Noi ignorati»

La città dei robot non avrà il festival dei robot. Il Comune lo taglia, salta l'edizione 2019. «E noi ci spostiamo in Valdera». BOI / APAG. 11

LA POLEMICA SOTTO LA TORRE

Pisa, la Lega scarica la città dei robot «Il Comune ci ignora il Festival non si fa»

Mosca: non vogliono finanziarla, così si ferma un'eccellenza
Ma nel 2020 ci sposteremo in Valdera, lì c'è interesse

Giuseppe Boi

PISA. «Il Comune di Pisa non ha preso ad oggi una decisione, l'edizione 2019 del Festival internazionale della robotica non si farà». Franco Mosca, professore emerito di Chirurgia generale all'Università di Pisa e direttore organizzativo della kermesse, conferma le voci che si sono rincorse negli ultimi giorni. La manifestazione, che in appena due edizioni è diventato un punto di riferimento per il settore, è cancellata. In un colpo solo Pisa perde un evento capace di accendere i riflettori mondiali sulla città e su un settore in cui rappresenta un'eccellenza assoluta. La *robotown* non ha più il suo festival per una questione anzitutto economica: venuto meno il sostegno della fondazione Arpa, di cui Mosca è presidente, dalle istituzioni locali non è arrivato l'aiuto necessario. In fondo, il prof in questi anni aveva avvertito: Arpa avrebbe fatto da trampolino, poi la kermesse doveva cammi-

nare con le sue gambe. Ma è arrivato un silenzio glaciale dell'amministrazione leghista che non fa ben sperare per il futuro. Per questo Mosca e gli altri organizzatori pensano di rilanciare la manifestazione nel 2020, ma con un occhio di riguardo per la Valdera: «La *robot valley* toscana».

Cosa ha fatto saltare l'edizione del 2019?

«L'edizione del 2017 e quella del 2018 hanno dimostrato che era possibile realizzare un evento internazionale in quella che è la patria della robotica. La copertura finanziaria della fondazione Arpa, *main sponsor* che ha investito più di 300mila euro in 3 anni, ha consentito di organizzare per tempo, vale a dire un anno prima, tanti eventi impegnando relatori internazionali. Tutto ha un costo, anche prenotare spazi di prestigio in città. Ora Arpa non c'è più e il Comune, ad oggi, non ha preso una posizione. Io confermo la mia disponibilità e metto a disposizione tutte le mie conoscenze ma, per avere un futuro, il festival

deve andare oltre Arpa e il professor Mosca».

Perché si è arrivati a questo punto di non ritorno?

«Ero stato chiaro anche durante il discorso di inaugurazione dell'edizione 2018: "In futuro - dissi - il festival non potrà più essere concentrato in un unico evento promosso dalla fondazione Arpa, il cui impegno peraltro termina il 31 dicembre (2018, ndr). È necessario che il Comune di Pisa diventi capofila del progetto"».

Palazzo Gambacorti non ha raccolto il suo appello.

«Non voglio fare polemiche, il mio è uno spirito costruttivo: in attesa che il Comune decida, il Festival della robotica 2019 è saltato ma non smetto



di pensare a un'edizione nel 2020».

Anche se l'attività è ferma e siete rimasti soli?

«Non siamo affatto fermi: abbiamo organizzato altri eventi, ma non li abbiamo chiamati Festival della robotica. Ad esempio il congresso sulla chirurgia nel centro congressi Le Benedettine dell'Università di Pisa lo scorso maggio. E poi non siamo rimasti soli: ringrazio la Fondazione Pisa e il suo presidente, l'avvocato Claudio Puggelli, per il supporto

economico concreto, sia passato sia presente».

Cosa vuole fare nel 2020?

«L'idea è quella di realizzare un evento diffuso lungo 12 mesi. Una manifestazione ancora più aperta al territorio che valorizzi non solo Pisa, ma tutta la *robot valley* pisana: in Valdera abbiamo trovato un grande interesse da parte di istituzioni e privati».

Una cosa che, peraltro, è stata già testata nel 2018

«Nelle due edizioni annuali consecutive siamo riusciti a

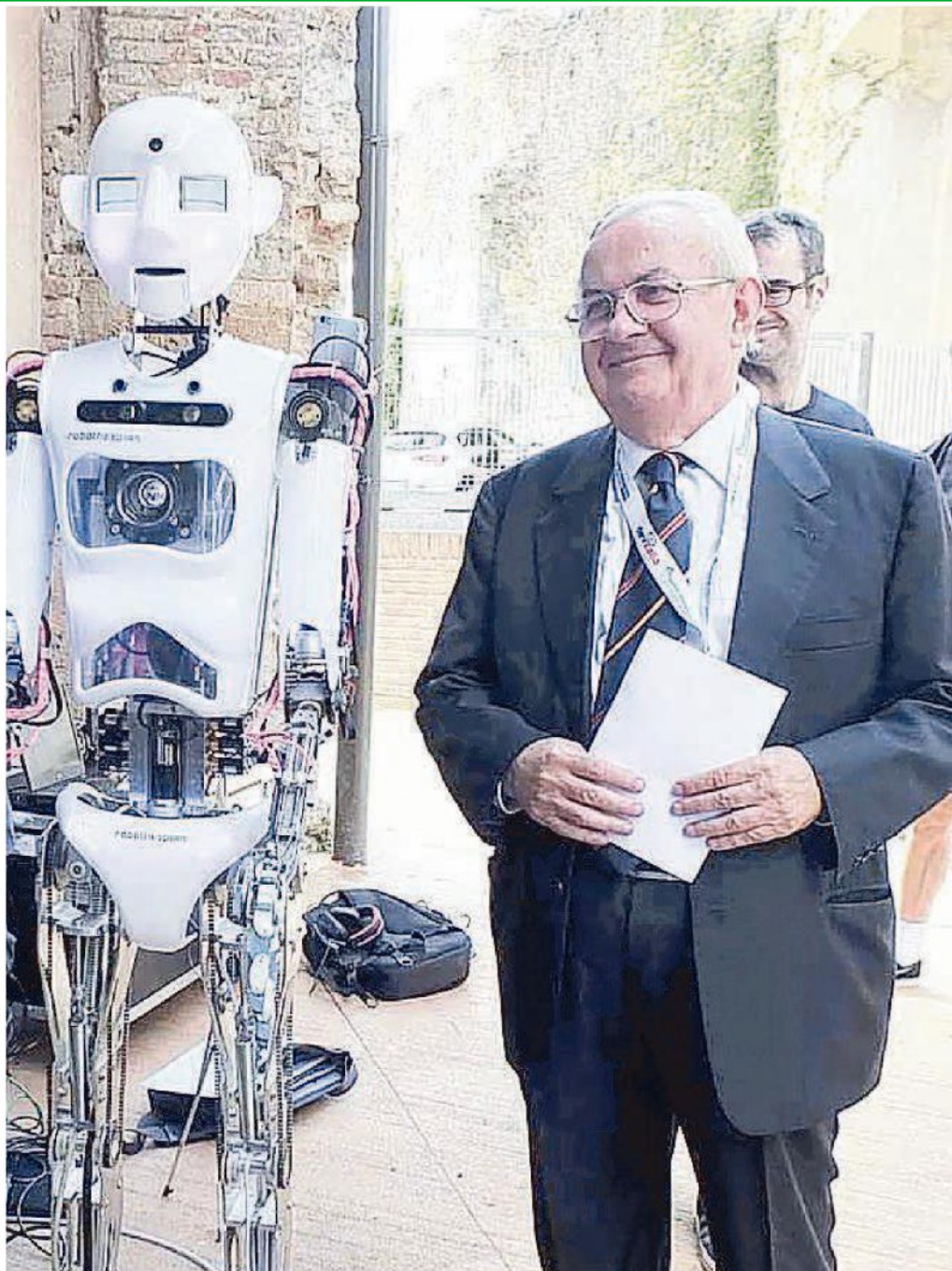
consolidare la coesione tra tutte le realtà dell'area pisana impegnate nella robotica. E proprio l'edizione 2018 ha dato massima evidenza alle realtà locali. È stata una vera e propria apertura al territorio: Pontedera e Peccioli, ma anche Torre del Lago in Lucchesia. Abbiamo inoltre trovato un raccordo operativo con l'Internet Festival, evitando la sovrapposizione degli eventi. Insomma, abbiamo fatto sistema».—

g.boi@iltirreno.it

LA KERMESSA

Cosa perde la città? Scoperte, eventi e 15mila visitatori

Un mix di innovazione, ricerca, cultura e spettacolo. È questo il mix vincente del Festival della robotica di Pisa che è diventato un punto di riferimento per tutto il settore in appena due edizioni. La prima edizione, nel 2017, portò a Pisa 10mila persone. La seconda, l'anno successivo, le presenze arrivarono a quota 15mila. Un successo ottenuto non solo grazie ai 93 eventi dedicati e oltre 30 discipline ospitate in 18 sedi espositive nei più bei posti della città: dagli Arsenali Repubblicani, alla Stazione Leopolda, alle piazze cittadine. Gli organizzatori hanno anche giocato una carta segreta: Andrea Bocelli. Il cantante di Lajatico, presidente onorario della fondazione Arpa, è stato protagonista di alcuni tra i momenti più belli del festival come quello, nell'edizione dello scorso anno, in cui ha incontrato l'avatar di Giacomo Puccini e ha cantato diretto da un robot al teatro Verdi.



Il professor Franco Mosca al Festival della Robotica del 2017 FOTO MUZZI

Servizio taxi per i disabili

Già a luglio 77 i mezzi attrezzati: cinque quelli nuovi

PISA DIVENTA sempre più accessibile anche nel servizio taxi: nel mese di luglio la pattuglia dei mezzi che solca le strade cittadine è salita a quota 77, incrementata da cinque nuove vetture destinate a tutte quelle persone disabili che si muovono su carrozzine non pieghevoli. Queste auto, entrate in servizio a seguito di un bando comunale, sono munite di pedana per l'ingresso e l'uscita dei disabili, uno spazio interno con ancoraggio di sicurezza e una superficie di trasporto che ammortizza le buche del manto stradale. Il 6,5% del parco mezzi dei taxi cittadini è quindi adesso destinato esclusivamente al trasporto di residenti e turisti in carrozzina, «un traguardo che dà ulteriore autonomia alle persone disabili», commenta Rosanna Cardia, assessore alla Mobilità del Comune di Pisa.

NEI MAGGIORI punti di afflusso, turistico e non, come le stazioni, l'aeroporto, il People Mover, l'apposita cartellonistica illustra le modalità con le quali poter richiedere il servizio: contattando Radio Taxi Cotapi al numero 050 541600; oppure attraverso le app Taxi message, W@BI Cotapi.it e It Taxi; e anche collegandosi al sito www.cotapi.it. Il costo del servizio resta invariato, con il tassametro a stabilire l'importo della corsa effettuata. «Il percorso che ci porta all'inaugura-

zione di questo nuovo servizio di trasporto è partito sei anni fa – sottolinea Lia Sacchini, Garante dei diritti della persona disabile –. Finalmente il diritto alla mobilità è pienamente esteso tutte le persone disabili». Pisa centra così un obiettivo che la pone all'avanguardia sui temi dell'inclusione sociale e dell'abbattimento delle barriere, come sottolinea l'assessore al Commercio e al Turismo Paolo Pesciati: «Quando si parla di accessibilità servono fatti e non parole. Con questi nuovi mezzi finalmente possiamo affermare che il servizio di taxi è pensato per tutti. Pisa è per tradizione un punto di afflusso di turisti, centro culturale e luogo di incontro di idee e pensieri: avere delle barriere che impedivano il movimento di disabili in carrozzina era un grosso limite della città». Anche tutti i soggetti che nel corso del tempo si sono riuniti attorno al Tavolo comunale per l'accessibilità manifestano la loro soddisfazione, guidati da Cna Pisa che con Cotapi ha lavorato in prima linea per il raggiungimento di questo obiettivo: «Pisa fa un passo in avanti nella qualità della vita – commentano Matteo Giusti (presidente dell'associazione) e Riccardo Scali (presidente Cotapi) –. Con i feedback dei passeggeri potremo migliorare e potenziare ulteriormente questo servizio prezioso».

Andrea Martino



POLITICHE SOCIALI

La presentazione dei nuovi taxi per disabili in carrozzina

SOCIALE

Un nuovo servizio taxi per le persone disabili

PISA. C'è un nuovo servizio taxi destinato alle persone disabili che si muovono con carrozzine non pieghevoli. Le 5 nuove vetture, entrate in servizio a seguito di apposito bando comunale, sono tutte idonee a far salire a bordo direttamente le carrozzine, grazie alla pedana e agli ampi spazi interni con ancoraggi di sicurezza. Le nuove vetture si riconoscono dall'apposito simbolo convenzionale dell'accessibilità, posizionato su tutti i lati del veicolo. Resta in ogni caso sempre attivo, e accessibile con tutte le vetture, il servizio che tutti i taxi devono svolgere di trasporto di persone disabili.

Il servizio sarà comunicato anche attraverso apposita cartellonistica, i siti web istituzionali ed i diversi luoghi in cui si trovino sezioni di informazioni dedicate all'accessibilità. La cartellonistica sarà posizionata nelle aree di maggiore flusso, come stazioni Ff, aeroporto e stazioni bus e Pisa Mover. Il servizio è curato e garantito dalla diretta disponibilità dei titolari di Autorizzazione Taxi con vetture dedicate. Cotapi (Cooperativa Taxisti Pisani) ha organizzato un apposito servizio, con modalità di accesso mediante radio taxi, sito ed app che possono garantire la reperibilità del servizio secondo le più aggiornate tecnologie.

Soddisfazione è stata espressa dai numerosi presenti: gli assessori **Paolo Pesciatini**, **Rosanna Cardia** e **Gianna Gambaccini**, **Lia Sacchini** (garante delle persone disabili), **Matteo Giusti** (presidente Cna Pisa), **Claudio Sbrana** (presidente Cna Taxi Pisa), **Riccardo Scali** (presidente Cotapi), **Antonietta Scognamiglio** (presidente Caregiver-Tavolo dell'accessibilità comunale), **Stefano Paolicchi** (presidente Handy Superabile), **Maria Punzo** (presidente 3^a commissione consiliare) e **Marcello Lazzeri** (presidente 2^a commissione consiliare). —



La carica dei 14 mila ultracentenari Siamo il Paese più longevo nella Ue

La distribuzione

Liguria, Friuli-Venezia Giulia e Molise sono le aree con la maggiore densità di over 105

**I dati dell'Istat rivelano:
due milioni di italiani
hanno superato gli 85 anni
È donna l'84% degli over 100
La più anziana d'Italia? Ne ha
113 e vive in Emilia-Romagna**

Più servizi

Uecoop: «Ora si impone un continuo miglioramento dei servizi di welfare e di sostegno»

Con due milioni di italiani con più di 85 anni siamo il Paese più longevo d'Europa. E siamo anche quello, assieme alla Francia, col record di centenari che negli ultimi dieci anni — tra il 2009 e il 2019 — sono passati da 11 a 14 mila, l'84% donne.

Le statistiche sono raccolte nell'ultimo rapporto dell'Istat «Cent'anni e non sentirli», racconto anagrafico di un'Italia sempre più «anziana». Nel dettaglio, spiega l'istituto di statistica, i centenari residenti in Italia sono 14.456 nessuno dei quali, comunque, nato nel XIX secolo: si sono estinte, cioè, le coorti dal 1896 al 1903. Mentre nell'ultimo decennio sono quasi 6 mila — 5.882 — le persone che hanno superato il traguardo dei 105 anni (tecnicamente l'Istat li chiama i semi-supercentenari): 709 uomini e 5.173 donne, di questi 1.112 ancora vivi al 1° gennaio 2019. Anche gli individui di 110 anni e oltre sono cresciuti, sempre tra il 2009 e il 2019, passando da 10 a 21.

In generale, sono le donne le più longeve: al primo gennaio 2019 l'Istat ha calcolato che

quasi il 90% delle persone che hanno superato i 105 anni sono appunto donne (2.564, l'86,8%), e gli uomini 391 (il 13,2%). Longevità femminile che si rileva anche nella classe che ha superato i 110 anni: oggi la persona vivente più anziana d'Italia è allora proprio una donna, ha 113 anni e vive in Emilia Romagna. Sempre una donna, e sempre italiana — residente in Piemonte e morta nell'aprile del 2017 all'età di 117 anni e 137 giorni — è stata la persona più anziana al mondo. Mentre, tra il 2009 e il 2019, l'uomo più longevo è morto nel 2014 in Sicilia a 111 anni e 357 giorni.

I centenari, precisa ancora l'Istat, si concentrano soprattutto al Nord. Tra quelli di oltre 105 anni, 338 risiedono nel Nord-ovest, 225 nel Nord-est, 207 al Centro, 230 al Sud e 112 nelle Isole.

La Regione con il rapporto più alto tra semi-supercentenari e il totale della popolazione residente appare la Liguria (3,3 per 100 mila persone), poi Friuli-Venezia Giulia (3 per 100 mila) e Molise (2,6 per 100 mila). La Lombardia, sebbene accolga il maggior numero di se-

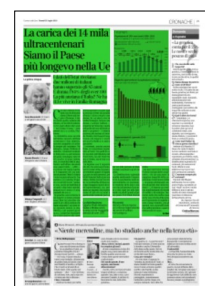
mi-supercentenari, 201, presenta un rapporto tra popolazione di più di 105 anni e quella totale residente pari a 2 per 100 mila persone, in linea col dato nazionale (1,9 per 100 mila).

La distribuzione regionale cambia analizzando il rapporto tra la popolazione semi-supercentenaria e la popolazione residente di 80 anni e più: con circa 36 persone di 105 anni e oltre ogni 100 mila residenti con più di 79 anni, al primo posto c'è il Friuli-Venezia Giulia.

Sui dati interviene Uecoop, l'Unione europea delle cooperative: «Se da una parte la maggiore longevità della popolazione è una buona notizia — si spiega sottolineando anche gli aspetti critici della tendenza —, si impone un continuo miglioramento dei servizi di welfare e di sostegno: l'aumento della vita media causa anche una crescita della spesa per l'incremento di malattie e cure a lungo termine, con gli anziani non autosufficienti che raddoppieranno a quasi 5 milioni entro il 2030».

Er.Del.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I numeri

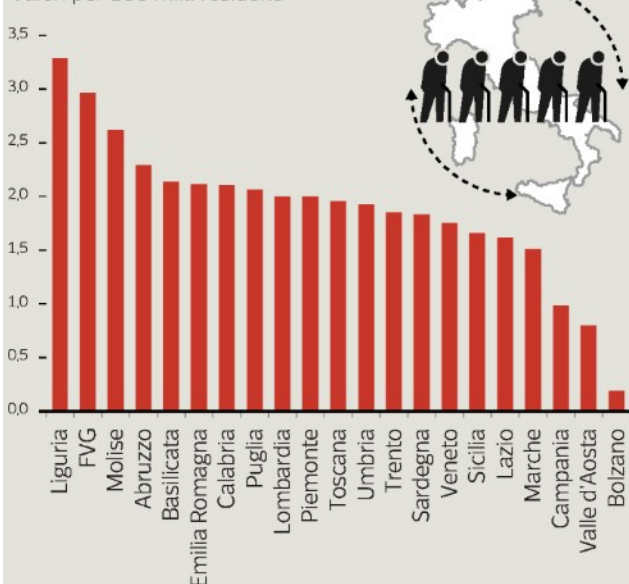
Popolazione di 100+ anni coorti 1908-1918

Valori in migliaia al 1° gennaio, anni 2009-2019



Rapporto supercentenari e popolazione residente

Valori per 100 mila residenti



Supercentenari al 1 gennaio 2019

Valori percentuali



Corriere della Sera

Ricerca Gli studiosi attaccati sul web

Sperimentazione sugli animali, i toni per discuterne

di **Giulio Giorcello** e **Corrado Sinigaglia**

Fino a che punto i ricercatori devono considerare come rischi della professione minacce e calunnie rivolte loro da persone sovente male informate e talvolta animate da un'aggressività non solo verbale?

Sono di qualche giorno fa le intimidazioni dirette a studiosi, soprattutto giovani, rei di aver ottenuto un finanziamento dall'Unione Europea per indagare possibili terapie di recupero delle capacità sensoriali in pazienti con danni cerebrali, avvalendosi, tra gli altri, anche di modelli animali (oltre a essere stato valutato da esperti di fama mondiale, il progetto finanziato è stato autorizzato dal ministero della Salute, previa espressione di parere tecnico-scientifico da parte del Consiglio superiore di sanità).

In rete, e non solo, sono volate accuse di «inutile violenza», se non addirittura di «crudeltà» e «barbarie». Gli indirizzi di posta elettronica sono stati intasati e sono stati esposti cartelli pesantemente intimidatori, non solo in luoghi istituzionali, ma anche presso abitazioni private. Non vogliamo affatto negare la rilevanza di discussioni, anche ad ampio raggio, sull'opportunità/liceità della sperimentazione animale. Tuttavia, proprio la delicatezza e importanza dell'argomento impongono che tali discussioni avvengano nelle sedi opportune e con i toni adeguati.

Non è accettabile che chiunque, sulla base di una pretesa superiorità morale, si senta autorizzato a lanciare insulti e minacce contro chi si esprime e opera restando invece nel pieno rispetto della legge. Insulti e minacce di questo tipo minano, per prima cosa, la stessa causa animalista, ne siano consapevoli o no i suoi sostenitori più accesi. Ma rischiano anche di rendere il nostro Paese ancora meno adatto a ospitare qualsiasi ricerca di alto livello.

Non è in gioco soltanto l'attività di alcuni specialisti, di neuroscienze o di altra disciplina. È in gioco anche e soprattutto un aspetto essenziale della nostra libertà civile — un aspetto in nome del quale anche il più tollerante non può tollerare la violenza degli intolleranti.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL DIRETTORE SCIENTIFICO DELL'HUMANITAS

«Ho scoperto le cellule anti-cancro»

Una speranza dall'Humanitas di Milano

«Ho scoperto al computer le cellule che fermano il cancro»

La rivelazione del team coordinato da Alberto Mantovani: «Un particolare tipo di linfociti possono comportarsi come soldati che attaccano i tumori: bisogna imparare a indirizzarli»

CLAUDIA OSMETTI

Che si tratti di una "guerra" non ci piove. Spesso è anche quella più difficile, contro una malattia che indebolisce e che, purtroppo, alle volte, non dà scampo. Ma da oggi, nella battaglia mondiale contro il cancro, c'è una speranza in più.

E a darla è una ricerca italiana, recentemente pubblicata sulla prestigiosa rivista scientifica "Cell" e dalla portata rivoluzionaria. Già, perché un team di ricercatori del polo ospedaliero Humanitas di Rozzano (Milano), guidati dal professore Alberto Mantovani, ha scoperto che nella "guerra" (appunto) ai sarcomi e ai tumori, il nostro sistema immunitario può schierare sul campo dei "soldati scelti". Parte tutto dai "Linfociti T non convenzionali" (il nome glielo hanno dato proprio i camici bianchi lombardi che li hanno scovati nei meandri delle nostre cellule): si tratta di "eserciti" di globuli bianchi che riescono ad arruolare i combattenti necessari (che poi sarebbero i "neutrofili" e i "macrofagi") per sconfiggere la malattia. Ma andiamo per gradi.

LA COLUMBIA UNIVERSITY

«Abbiamo individuato un nuovo meccanismo di resistenza immunologica», commenta Mantovani con la voce calma, come se si trattas-

se di una cosa da tutti i giorni. E invece i suoi scienziati, su quello studio che ha coinvolto anche i colleghi della Columbia University di New York, ci hanno passato cinque anni. Ma ne è valsa la pena. «Nel nostro corpo ci sono delle cellule, i "Linfociti T" che hanno una specie di "targa". In gergo, queste "targhe" vengono definite "Cd4" e "Cd8". Noi abbiamo scoperto che c'è una popolazione nuova di "Linfociti T" che non presenta nessuna di queste due "targhe" (cioè né i recettori "Cd4" né quelli "Cd8" sulla propria membrana, ndr) e li abbiamo chiamati "Linfociti non convenzionali"».

L'ORCHESTRA

Fin qui potrebbe sembrare un semplice ritrovato da smanettoni da laboratorio. Invece «la scoperta vera e propria sta nel fatto che queste cellule, se interagiscono con i "neutrofili" e con i "macrofagi", si dimostrano particolarmente efficaci nella resistenza contro alcuni tipi di sarcoma, e probabilmente con i tumori del colon retto».

Così dalla metafora militare si passa a quella musicale: «In pratica - dice Mantovani, - agiscono come un'orchestra, come un trio. Se i tre componenti di questa band suonano all'unisono (e sotto la direzione dei "Linfociti T") possono combattere i tumori». Ovvio, come tutte le

novità bisogna andarci piano. Tuttavia l'importanza di questa intuizione ha già fatto il giro del mondo: «A questa ricerca hanno contribuito Andrea Ponzetta e Sebastien Jaillon. E anche questa è una piccola vittoria perché è un esempio di come il nostro Paese, se si attiva con i canali giusti, può riuscire ad attirare i cervelli in Italia». Alla faccia di quanti si lamentano della fuga dei cervelli tricolori all'estero. Mantovani e i suoi sono arrivati a questi risultati unendo la ricerca dietro al computer a quella sul campo, grazie alle più avanzate tecniche di bioinformatica. «Abbiamo studiato i pazienti di un database pubblico americano e abbiamo confrontato i loro dati con i risultati nei nostri pazienti», chiosa il dottore, che è anche il direttore scientifico di Humanitas. L'indagine in questione ha potuto svilupparsi grazie a un contributo



dell'Aric, la Fondazione italiana per la ricerca sul cancro che l'ha sostenuta con il programma del 5x1000: «Le "cellule T" sono i direttori dell'orchestra immunologica - conclude il discorso il ricercatore Sebastien

Jaillon, - noi ne abbiamo identificati ben dodici raggruppamenti all'interno dei tumori, e questo dimostra la straordinaria complessità del nostro sistema immunitario».

Insomma, la ricerca fa passi da gigante. Bisogna solo assecondarla. Questa scoperta, manco a dirlo, apre la strada a un uso sempre più efficace (speriamo) delle armi immunologiche contro i diversi tipo di cancro: quello che conta è continuare a studiare il non semplice linguaggio delle nostre cellule, per garantire che i "soldati interni" ricevano gli ordini corretti. E non ci sia nessuna diserzione alla leva.

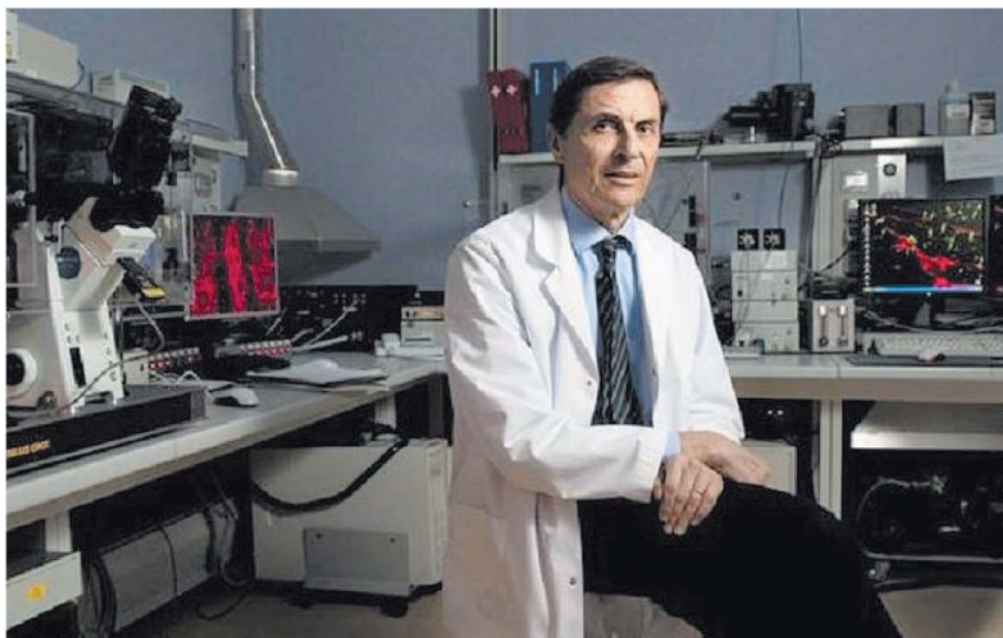
La scheda

LO STUDIO

■ Lo studio ha identificato un tipo di linfociti denominati "linfociti T non convenzionali", che reclutano altre cellule e le utilizzano per combattere le cellule tumorali

LO SCIENZIATO

■ Alberto Mantovani, classe 1948, direttore scientifico e presidente della Fondazione Humanitas, è dal 2014 è docente di patologia generale all'Humanitas e presidente dell'International Union of Immunological Societies (IUIS).



Il professor Alberto Mantovani, direttore scientifico e presidente della Fondazione Humanitas per la ricerca

Dalla polvere costruiamo il futuro

Lungo la via Emilia, tra Bologna e il mare, opera una delle più importanti strutture di ricerca avanzata su automazione, robotica e materiali

di **Ilaria Venturi**

Dopo un viaggio di 2.700 chilometri attraverso la regione delle Montagne Rocciose, dal Nebraska all'Oregon, Emilia 4 ha conquistato il titolo all'American Solar Challenge dello scorso anno. Il trionfo nella sfida mondiale tra auto solari delle università, che ha importanti ricadute in campo industriale (per dire, il veicolo consuma quanto un asciugacapelli) è nato nei laboratori del Centro di ricerca industriale di meccanica avanzata e dei materiali. La sigla? Ciri Mam, una delle più importanti strutture di ricerca in ambito meccanico e mecatronico estesa, con i suoi laboratori e i 140 docenti e ricercatori, lungo la via Emilia tra Bologna e il mare. «L'ambizione ora è di varcare i confini nazionali, si accorgono di noi, il mondo è molto atten-

to alla ricerca italiana», osserva il direttore Dario Croccolo, 55 anni, veneto, docente ordinario di progettazione meccanica. Il colosso svedese Sandvik ha chiesto lo studio di polveri di acciai innovative ai ricercatori del Centro.

La struttura è un'eccellenza che da otto anni lavora nell'ambito del progetto Tecnopoli dell'Emilia Romagna. Venti milioni di euro incassati in questo periodo tra contributi regionali, fondi nazionali ed europei e commesse di ricerca, dai grandi progetti alle consulenze.

Gli ingegneri meccanici ed elettronici dell'Alma Mater non si sono accontentati di lavorare insieme, coinvolgendo i vicini di studio. Hanno interpellato chimici, farmacologi, esperti di ergonomia, persino gli psicologi perché quando ti occupi di catene produttive automatizzate le ricadute sull'uomo non sono un dettaglio. Il risultato è stata la collaborazione tra 14 dipartimenti per fare ricerca avanzata e integrata

sull'automazione e la robotica, sui materiali di ultima generazione e sulle loro applicazioni. Si gareggia con l'auto solare e si concorre a progettare barche che volano. Si punta sulla tecnologia made in Bologna per costruire le batterie del futuro, si partecipa alla grande rivoluzione dell'additive manufacturing, la tecnologia della stampante 3D applicata al mercato industriale.

«Ricordo ancora il primo incontro a Ingegneria, mi presentai: sono un chimico farmaceutico, che posso fare per voi? Da lì è iniziata un'incredibile avventura», racconta Vincenzo Tumiatti che segue nei laboratori



di Rimini la parte della tossicologia dei materiali. Qui si verifica quanto tossica o benefica possa essere una sostanza usata in campo industriale, si è arrivati al packaging intelligente in grado di aumentare la durata dei cibi grazie a pellicole protettive realizzate con enzimi ed altre sostanze che impediscono lo sviluppo di batteri. Un progetto realizzato con Ima e Barilla. La grande industria emiliana, per un centro di punta sul trasferimento tecnologico, è un tassello fondamentale. Con la Ducati gli ingegneri del Ciri Mam stanno lavorando sulla produzione per accrescimento delle sospensioni posteriori per le moto. «L'obiettivo è ridurre il materiale da utilizzare, il peso, l'impatto ambientale», spiega il professor Croccolo. Pare una magia veder sollevare e nascere dalle polveri di metalli, col lavoro di un raggio laser, uno o più componenti meccanici prima progettati e disegnati al computer. «Il problema ora è capire la resistenza di questi pezzi. Nell'ambito di un progetto europeo abbiamo già realizzato 520 prove di fatica per testare ciò che viene creato in questo modo». Sono 80 i ricercatori a tempo pieno impiegati al Ciri Mam, cervelli in parte precari

spesso scippati all'estero, uno dei mali della ricerca italiana. Le macchine sono avanzate, come quella per testare viti e bulloni, «ce l'abbiamo solo noi tra i laboratori in Italia» fa notare il direttore. «Quello che a noi manca in Italia è la velocità: siamo rallentati dalla burocrazia, per l'acquisto di una macchina passano anche dei mesi, mentre la ricerca a questi livelli non può aspettare».

Tra i due progetti regionali coordinati dal Ciri Mam c'è il Liber, dove lavorano ingegneri e chimici. L'obiettivo è realizzare una linea pilota per l'assemblaggio automatico di pacchi di batteria più sicuri e meno costosi in termini di investimenti rispetto alle soluzioni adottate dalle case automobilistiche. Appassionante è la sfida con il veicolo solare. In questo settore le innovazioni passano dalle competizioni. Significa arrivare a immaginare auto elettriche per la città senza (o quasi) batterie. Per ora lo studio è sul modo di renderle più efficienti e leggere.

A Ravenna, dove si lavora sulla parte nautica e navale, la stampante in 3D ha dimensioni quasi uniche: cinque metri per tre per due. Permette di produrre stampi per gli scafi, componenti poi da testare. La par-

te applicativa della ricerca è presto detta. Il traghetto Baleno di Marina di Ravenna dopo l'estate entrerà in cantiere per essere riconvertito a metano-liquefatto col risultato di ridurre totalmente le emissioni di zolfo e parzialmente quelle di monossido di carbonio. In questa sede hanno cominciato a lavorare anche sulla riduzione della resistenza, grazie ai "foils", ali che si retraggono sotto lo scafo. La sperimentazione in atto è su una imbarcazione da 15 metri. Alfredo Liverani, ingegnere industriale che si occupa di progettazione assistita, parla con passione di queste attività: simulazioni, studio sui motori per l'uso di carburanti alternativi e su materiali ecocompatibili. Una delle ultime? «Abbiamo sostituito il vetro con il lino nel composto vetroresina permettendo così di eliminare il problema delle fibre di vetro che si liberano durante le lavorazioni e che sono dannose per la salute». Liverani non ha dubbi: quella del Ciri Mam «è un'operazione virtuosa perché integra campi di ricerca diversi. Così dopo che tutto si è puntato sull'iperspecializzazione, ora si alza lo sguardo. La squadra è orizzontale e per questo competitiva».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'inchiesta I centri d'eccellenza



Bologna
Terza puntata della nostra inchiesta. Questa settimana raccontiamo cosa fanno al Centro di ricerca industriale di meccanica avanzata e dei materiali (Ciri Mam) di Bologna

I numeri del Ciri Mam



14
dipartimenti dell'università di Bologna coinvolti

6
unità operative tra Bologna, Faenza, Rimini e Ravenna



140
docenti, ricercatori e assegnisti di ricerca

80
ricercatori a tempo pieno

12
i milioni ottenuti in 8 anni da contributi regionali, progetti



8
i milioni da commesse commerciali



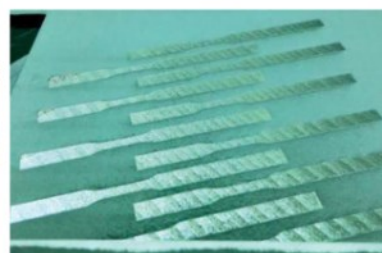
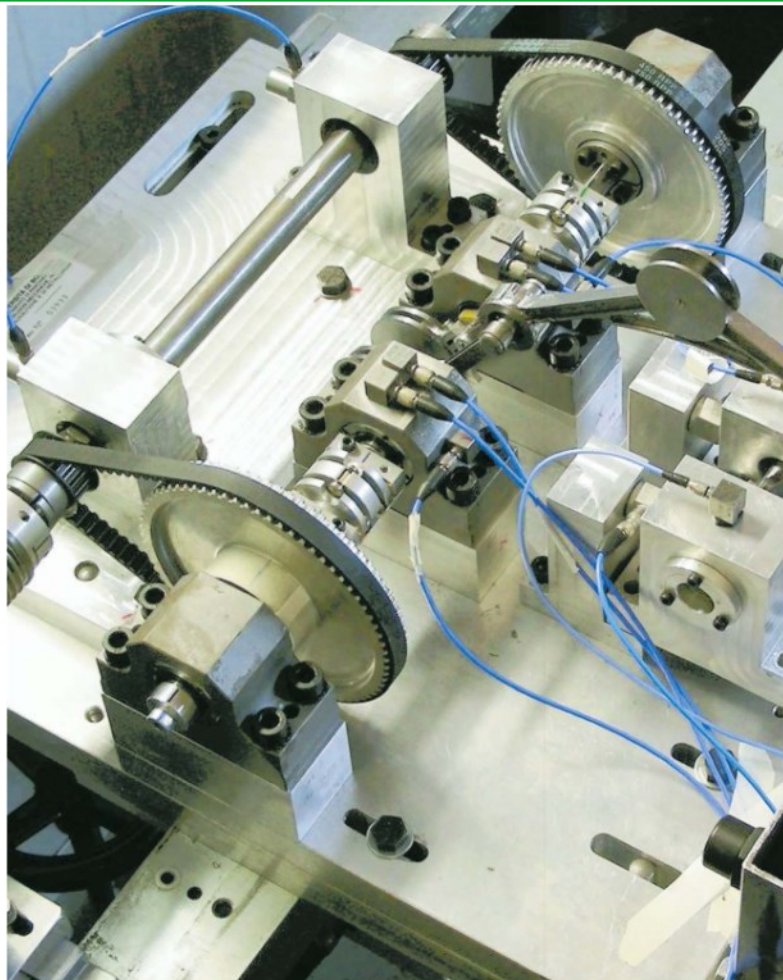
400
le commesse di ricerca

2,1
i milioni di finanziamenti (Por Fesr 2014-2020) del 2018

9
i progetti regionali, due dei quali coordinati



2700
i chilometri percorsi da Emilia 4, l'auto solare, nell'American Solar Challenge



La struttura
Il CIRI MAM è una struttura creata dall'università di Bologna. Opera da otto anni, 14 dipartimenti universitari hanno concorso alla nascita del Centro di ricerca industriale esteso su più settori

Le immagini

Nella foto grande: prove di vibrazione. Nelle altre, dall'alto: i ricercatori con l'auto che ha vinto l'American Solar Challenge; il sistema di controllo delle batterie al litio; la sede di Bologna; esempio di lavorazione in additive manufacturing; la macchina che produce cilindri per le serrature

Una borraccia per invertire la rotta

Il porto di Pisa dice addio alla plastica monouso e diventa il primo approdo turistico plastic-free d'Italia. All'interno del Parco Naturale di San Rossore chi ormeggerà qui troverà kit di benvenuto con materiali bio

colloquio con **SIMONE TEMPESTI**, di **FIAMMETTA CUPELLARO**

«Alla nostra proposta hanno risposto: non risolveremo il problema della plastica nei mari. Ma almeno cominciamo da chi sceglie il nostro porto. Così siamo partiti»

SIMONE TEMPESTI

Amministratore unico Porto di Pisa

Una borraccia d'acciaio. Che può contenere mezzo litro di acqua. È il simbolo di un nuovo modo di vivere il mare. E i porti. È Marina di Pisa l'approdo più virtuoso d'Italia. Da aprile ha messo al bando tutti gli oggetti in plastica monouso diventando il primo porto italiano inserito nell'elenco degli enti *plastic free* del Ministero dell'Ambiente. «È solo una goccia nel mare, ma il mare si difende anche da piccoli gesti come il nostro» racconta Simone Tempesti, amministratore unico del Porto di Marina di Pisa. Inaugurato nel 2013, il porto è in mezzo al parco naturale di Migliarino, San Rossore e Massaciuccoli e conta 350 posti barca sempre pieni tra giugno e settembre. Pisano, titolare di uno studio commercialista, ma con la grande passione del mare («ma non so andare a vela») Tempesti si è battuto per mesi perché venisse presa una decisione così drastica, anticipando la normativa europea che entrerà in vigore solo nel 2021. Al posto di piatti, bicchieri e bottigliette di plastica sono comparse intere forniture rigorosamente in materiali bio e la famosa borraccia che sarà regalata insieme a un kit di benvenuto (ci saranno anche forchettine di bambù e un bicchiere di carta) che verrà consegnato a chi ormeggerà a Pisa, come simbolo della svolta eco del porto toscano. E per spiegare chiaro e tondo come la pensano

da queste parti circa la cultura dell'usa-e-getta, all'interno del kit è stato inserito un decalogo con le regole di comportamento. Chi viola i divieti? Si vedrà arrivare una multa. Salata.

Il rischio era che velisti e diportisti davanti a tutti questi divieti, snobbassero Pisa puntando la prua altrove, ma così non è stato e le prenotazioni sono state confermate. Per Tempesti siamo solo all'inizio. Il suo sogno? La conversione bio coinvolgerà tutto il porto che si trasformerà in un polo completamente ecosostenibile.

Pericolo scongiurato dunque, i turisti che avevano deciso di approdare da voi hanno confermato l'arrivo?

«Contiamo sul fatto che chi ama il mare di solito è appassionato di temi ambientali. Certo non possiamo negare che c'è chi ancora abbandona i rifiuti al largo e quando fa rifornimento non si preoccupa di creare vistose chiazze nell'acqua. Ma siamo convinti che bisogna coinvolgerli. Per questo, con la prenotazione gli mandiamo anche una mail in cui li avvisiamo che la plastica monouso qui è vietata. Non solo. Sapendo che chi va in barca non è molto propenso a fare la raccolta differenziata, gli annunciamo che qui troveranno 18 punti per la raccolta invitandoli a selezionare i rifiuti già a bordo. Gli ribadiamo che per un loro comportamento sbagliato, il prezzo lo paga tutta la comunità»

Il porto è plastic free, ma tutto intorno cosa è cambiato? Magari i turisti neanche le trovano nei negozi forchette e cucchiaini in bambù...

«Proprio per questo motivo altri esperimenti non hanno funzionato. Invece questa volta ci siamo preparati: in inverno abbiamo fatto incontri con Ascom e Confindustria chiedendo di coinvolgere i due supermercati più vicini al porto in modo che i diportisti possano dotarsi di provviste adeguate. Ora gli scaffali sono riforniti. Chissà che dal porto inizi un cam-



biamento delle abitudini anche sul nostro territorio. La cultura del riciclo è un dovere morale che ci riguarda tutti da vicino».

Nessuno l'ha criticata?

«A Pisa, da buoni toscani, abbiamo un grande senso pratico e davanti alla nostra proposta ci hanno risposto: "non debelleremo il problema dell'inquinamento della plastica nel mare, ma almeno cominciamo da chi sceglie il nostro porto". Così siamo partiti. D'altronde non poteva rimanere inascoltato l'appello delle istituzioni e delle associazioni ambientaliste che ci mettono in guardia dal grave pericolo a cui andiamo incontro. Importante è stato coinvolgere i ragazzi. Quando è stata consegnata la Bandiera Blu abbiamo invitato al por-

to una scolaresca a parlare dei temi ambientali. Alla fine, ad ognuno abbiamo regalato una borraccia invitandoli a evitare le bottiglie di plastica»

Da dove le è venuta l'idea?

«Fondamentale è stata la collaborazione con le Università di Pisa e Siena: a disposizione dei ricercatori abbiamo messo uno spazio per il monitoraggio ambientale per progetti sulle energie alternative, come il vento e il mare. Hanno presentato ricerche interessanti anche sulle bioplastiche: ad esempio si sta studiando un contenitore per l'acqua che rimanga stabile, pur confezionato con materiale bio. Quella sì che sarebbe una svolta».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LE CIFRE DEL DISASTRO

Ogni minuto più di 33 mila bottigliette di plastica finiscono nel Mediterraneo. Il 78% di questa plastica arriva dalle attività costiere che producono la maggior parte di questi rifiuti. In mare la plastica, che si degrada trasformandosi in minuscoli pezzi inferiori ai 5 millimetri detti "microplastiche", crea danni enormi all'ambiente: sono 700 le specie marine minacciate da questo

materiale e il 17% di queste è giudicato come "in pericolo critico". Per ingestione, intrappolamento o avvelenamento, la plastica secondo gli esperti del Wwf è responsabile del 92% dei danni provocati dai rifiuti alla fauna marina. Il danno non è solo ambientale ma anche economico. 67 sono i milioni di euro l'anno che perde la "blue economy italiana", la terza d'Europa, a causa dell'inquinamento da plastica.

LE SPIAGGE VIRTUOSE





**L'ideatore**

Simone Tempesti amministratore del porto a Marina di Pisa. In alto e a sinistra due immagini dello scalo per diportisti in Toscana

Dante e Petrarca, l'algoritmo è poesia

A Siena i due maestri universali dialogano. I versi? Generati dal computer

PARLA L'IDEATORE

Zugarini: «Divina Commedia e Canzoniere sono la base per creare nuove rime»

Michela Piccini

■ SIENA

SE VI dicessero 'Coscienza le dolcissime sua falsa vista', a quale poeta assocereste questo verso? La risposta è: nessuno. Potete cercarlo ovunque, non lo troverete. Perché a comporlo è stata una macchina. L'intelligenza artificiale si è spinta oltre i confini del linguaggio fino ad avere la capacità di scrivere nello stile di Dante e Petrarca. Come? Rimodellando le terzine e i versi dei sommi poeti, per creare una poetica tutta nuova, originale nella forma stilistica. Al cuore del progetto «Dante vs Petrarca» c'è la sinergia tra QuestIt e il Siena Artificial Intelligence Lab, con Andrea Zugarini pioniere dell'applicazione, ideata da lui e realizzata con il team dell'azienda senese specializzata in soluzioni di intelligenza artificiale. Dottorando in *Smart Computing* del dipartimento di Ingegneria dell'Informazione e Scienze Matematiche dell'Università di Siena, la sfida di Andrea è quel-

la di insegnare alle macchine la comprensione del linguaggio umano per riconoscerne il ragionamento e portarle al punto di comporre poesie.

«Proprio come fanno i poeti nel loro processo creativo - spiega Zugarini - la macchina utilizza un algoritmo di *machine learning*, un meccanismo di apprendimento automatico intelligente che le permette di migliorare le proprie capacità con l'esperienza».

In che modo l'applicazione genera versi?

«Anche la macchina deve imparare a leggere, proprio come gli umani. E' stata addestrata a memorizzare *La Divina Commedia* di Dante e il *Canzoniere* di Petrarca, poi è nata l'idea di far conversare i due poeti a suon di versi e terzine, come se stessero parlando tra di loro. Questo grazie all'unione di due algoritmi che generano versi nuovi, partendo da zero o da una parola chiave estratta dal verso precedente e scritta dall'altro autore».

Chi decide quale parola chiave riprendere per generare un nuovo verso?

«Il meccanismo è simile al compositore automatico dei cellulari, il

t9, in cui, data una parola, viene suggerita la successiva. In questo caso le parole chiave sono quelle contenute nei testi. Se vengono inserite parole sconosciute dalla macchina, è possibile che venga generato un verso, ma di senso non compiuto. La macchina migliora le sue capacità di apprendimento in modo automatico, con la creazione costante di rime».

Perché l'idea di dare una nuova voce ai due poeti?

«L'applicazione è nata per gioco un anno fa, in occasione della Notte dei Ricercatori. Insieme al Dipartimento di Filologia abbiamo pensato di creare un modello che rendesse più appetibile per tutti lo studio del linguaggio della generazione automatica. L'applicazione può avere anche uno scopo pedagogico, se applicata, per esempio in ambito scolastico».

Se le macchine creano poesia, cosa rimarrà all'uomo?

«Non esiste che la macchina soppianti l'uomo. Sono algoritmi che hanno la peculiarità di imparare attraverso i dati, ma solo per analogia, senza l'attività emotiva, del pensiero. Ciò che faranno le nuove tecnologie sarà creare nuovi posti di lavoro».



La Crusca

E' una delle istituzioni linguistiche più importanti del mondo. L'Accademia della Crusca, che nasce a Firenze nel 1585, è un vero e proprio presidio a tutela dell'italiano che raccoglie i migliori studiosi ed esperti di linguistica e filologia della nostra lingua

L'Ateneo pisano

Il dipartimento di Filologia, Letteratura e Linguistica dell'Università di Pisa si è costituito nel 2012 dalla fusione di 5 dipartimenti. Oggetto principale delle ricerche è lo studio analitico delle documentazioni linguistiche e letterarie dall'antichità a oggi

Il Dilef a Firenze

Il dipartimento di Lettere e Filosofia ha una sezione linguistica che promuove ricerche, progetti e sviluppo di risorse a livello nazionale e internazionale negli ambiti disciplinari che si occupano del linguaggio. Lo fa insieme agli enti che si occupano della lingua in Toscana





Roberto Benigni,
cantore
di Dante



Claudio Marazzini, Crusca



Il manager di QuestIT

«Le tecnologie hanno grandi sfide davanti - dice Ernesto di Iorio, amministratore delegato di QuestIT - sulla creatività. Come le applicazioni creano quadri o generano musica, l'obiettivo di QuestIT è insegnare alla macchina a riprodurre contenuti per avvicinare il mercato e supportare i professionisti».

RASSEGNA STAMPA DEL 25/07/2019

Gentile cliente, oggi non è stato possibile monitorare nei tempi la seguente testata a causa di un problema tecnico della redazione del giornale

CAMPANIA: Il Sannio Quotidiano

Appena possibile riceverete gli articoli di Vostro interesse.