

Rassegna del 10/09/2019

AOUP

10/09/19	Nazione Firenze	31	Le notizie più lette de LA NAZIONE	...	1
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3	L'Azienda ospedaliera corre ai ripari: «Ronde più frequenti»	...	2
09/09/19	GONEWS.IT	1	Nuovo ospedale Cisanello, ripartono i lavori dal parcheggio B - gonews.it	...	3
09/09/19	ILTIRRENO.GELOCAL.IT	1	Tre nuovi infettati dal super batterio i casi registrati a Cisanello salgono a 31	...	5
10/09/19	Nazione Pisa	7	Via ai monitoraggio negli ospedali toscani	...	7
09/09/19	NOVE.FIRENZE.IT	1	Batterio killer: il caso New Delhi in Toscana approda in Parlamento	...	8
09/09/19	PISANEWS.NET	1	Lavori nuovo ospedale Cisanello, si ricomincia a lavorare al parcheggio B - PISANEWS	...	9
09/09/19	PISATODAY.IT	1	Ospedale Cisanello: ripartono i lavori nel parcheggio	...	10
09/09/19	QUOTIDIANOSANITA.IT	1	Batterio New Delhi. In Toscana 17 decessi su 44 infezioni in 8 mesi. Ma la Regione rassicura: "Nessun allarme" - Quotidiano Sanità	...	11
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	26	In breve - Cure in base ai risultati: il test in 17 ospedali	B.Gob.	13
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	2	Violenta lite tra tunisini uno finisce all'ospedale per una coltellata	...	14

SANITA' PISA E PROVINCIA

10/09/19	Nazione Pisa	7	Vaccini, 700 bambini non in regola - Vaccini, 700 bambini non in regola	...	15
----------	--------------	---	---	-----	----

SANITA' REGIONALE

10/09/19	Corriere Fiorentino	8	«Donate il sangue: è urgente» - Manca sangue, appello ai donatori Si rischia il rinvio degli interventi	Gori Giulio	16
10/09/19	Corriere Fiorentino	8	Un test rapido per arginare il super batterio	G.G.	18
10/09/19	Il Fatto Quotidiano	16	Per un super batterio 17 morti in Toscana: il piano della Regione	...	19
10/09/19	Nazione Arezzo	8	Ischemie, qui la nuova frontiera	...	20
10/09/19	Nazione Empoli	4	Più informazioni sul batterio New Delhi Da lunedì i controlli' pubblicati dall'Ars	...	21
10/09/19	Nazione Firenze	12	Visite scontate agli over 65	Aronica Giulio	22
10/09/19	Nazione Grosseto-Livorno	9	«L'ambulatorio pediatrico al Sant'Andrea non chiude» As! rassicura le famiglie	...	24
10/09/19	Nazione Grosseto-Livorno	19	CECINA «Silenzio dell'Asl inaccettabile»	...	25
10/09/19	Nazione Pistoia-Montecatini	13	Tre prodotti innovativi per il futuro - Lanciati tre nuovissimi prodotti per i curisti	Bernardini Daniele	26
10/09/19	Nazione Pistoia-Montecatini	17	Morello riduce i tempi di attesa	...	28
10/09/19	Nazione Prato	2	Smartphone salvavita - Lo smartphone dà l'allarme. E l'infermiera arriva	Bessi Sara	29
10/09/19	Nazione Prato	2	«Pronta una nuova area di cura per le persone colpite da ictus»	...	32
10/09/19	Nazione Prato	3	Scuola al via, vaccinate i bambini. «La copertura deve migliorare»	Garofalo Giorgio	33
10/09/19	Repubblica Firenze	4	Ansia da New Delhi molti chiamano le Asl e gli ospedali	L.Mon.	36
10/09/19	Tirreno	9	Test più rapidi e dati sul web, il piano contro il super batterio	Signorini Luca	37
10/09/19	Tirreno Massa Carrara	1	Asl fa il punto dei ticket non pagati e invia 67.000 avvisi in provincia - Visite non pagate e mancate disdette, l'azienda sanitaria invia 67.000 avvisi	Sillicani Chiara	39
10/09/19	Tirreno Massa Carrara	4	Niente ambulanza, va a prendere la moglie col carretto - L'ambulanza non arriva va a prendere la moglie con il carretto di zinco	Sillicani Chiara	42
10/09/19	Tirreno Piombino-Elba	2	In rivolta i medici del pronto soccorso - I medici del pronto soccorso in rivolta	Corsi Giulio	44
10/09/19	Tirreno Pistoia-Montecatini-Empoli-Prato	17	Una spina potrebbe salvarci dai rischi del 5G per la salute	...	46

SANITA' NAZIONALE

10/09/19	Libero Quotidiano	14	In Lombardia si inventano le terapie che mancano	Merano Luigi	48
10/09/19	Libero Quotidiano	14	Ente pubblico e privati condividono i rischi e tagliano tempi e costi	...	50
10/09/19	Libero Quotidiano	15	La ricetta elettronica manda in tilt le farmacie	Romano Miriam	51
10/09/19	Messaggero	8	Medici e infermieri, via ad assunzioni extra ma costeranno almeno 3,5 miliardi di euro	Bisozzi Francesco	53
10/09/19	Repubblica Salute	2	Amore, i favolosi over 60 - L'amore ai tempi supplementari	Pini Valeria	54
10/09/19	Repubblica Salute	3	Intervista a Roberta Rossi - La sessuologa Roberta Rossi "Si può essere felici molto a lungo a letto non c'è data di scadenza"	v.p.	57

10/09/19	Repubblica Salute	3	Intervista a Ciro Indolfi - Il cardiologo Ciro Indolfi "Ma attenti alle scappatelle Causano troppa ansia e stress"	<i>Mereta Federico</i>	58
10/09/19	Repubblica Salute	5	Lasere, pomate o bisturi? Il dilemma delle cicatrici	<i>D'Aria Irma</i>	59
10/09/19	Repubblica Salute	5	Periscopio - Idea: affidiamo la nostra salute e la ricerca a chi non ne sa niente	<i>Minerva Daniela</i>	61
10/09/19	Repubblica Salute	6	Chi non dorme (mai) abbastanza mette a rischio il proprio cuore - Chi non dorme fa un azzardo E il cuore paga	<i>Del Bello Giuseppe</i>	62
10/09/19	Repubblica Salute	7	Intervista a Emanuele Barbato - "Meno esami ma nuove linee per la valutazione delle coronarie"	<i>g.d.b.</i>	66
10/09/19	Repubblica Salute	10	Aids, obiettivo zero L'Australia dà lezione	<i>Moriconi Tiziana</i>	67
10/09/19	Repubblica Salute	11	Tre molecole per un farmaco È l'arma forte del futuro	<i>t.m.</i>	69
10/09/19	Repubblica Salute	12	I grassi più cattivi si chiamano "trans" e sono nascosti negli snack - Quei diabolici grassi nascosti negli snack	<i>Ameri Deborah</i>	70
10/09/19	Repubblica Salute	13	Il ribelle Arne Astrup "Basta parlare di calorie meglio l'analisi sui cibi"	<i>de.am.</i>	73
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	26	Medici italiani in fuga all'estero Boom di test in inglese: +30% - Italia senza medici, ma ogni anno 1.500 fuggono all'estero	<i>Bartoloni Marzio - Gobbi Barbara</i>	74
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	26	Un super piano di assunzioni, ma servono 1,5 miliardi	<i>Mar.B.</i>	76
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	26	In breve - Medici di base, negli studi la staffetta generazionale	<i>B.Gob.</i>	77
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	27	In breve - Lombardia, online la rete diagnostica	<i>...</i>	78
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	27	Svolta nella cura dei tumori solidi	<i>Cerati Francesca</i>	79
10/09/19	Stampa Tuttosalute	29	Medicina Hacker della genetica per avere farmaci a basso costo - "Se la cura è per pochi, ci siamo noi pirati"	<i>Pivato Marco</i>	81
10/09/19	Stampa Tuttosalute	33	Intervista a Ilaria Capua : "La salute diventa circolare" - "La salute diventerà circolare"	<i>Arcovio Valentina</i>	83
10/09/19	Tirreno	8	Ecco i Robin Hood della ricerca genetica «Se la cura è per pochi ci siamo noi pirati»	<i>Pivato Marco</i>	85

CRONACA LOCALE

10/09/19	Nazione Pisa	4	Comitato Si alla libertà di culto' «Stralciare la questione-moschea» ...	<i>...</i>	87
10/09/19	Nazione Pisa	4	«Pronti a dare battaglia sui nostri emendamenti»	<i>...</i>	88
10/09/19	Nazione Pisa	4	Ok in commissione Il progetto in consiglio Malumori sul verde - Nuovo stadio, oggi il disco verde	<i>Paletti Francesco</i>	89
10/09/19	Nazione Pisa	4	«Non toccate le aree verdi. I nuovi parcheggi? Siano interrati»	<i>Paletti Francesco</i>	91
10/09/19	Nazione Pisa	6	Gelli e Fontanelli in corsa per un posto da sottosegretario - Governo, in corsa Gelli e Fontanelli	<i>Mas.Gab.</i>	92
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1	Centinaia di firme in poche ore contro il progetto del nuovo stadio - «Si al restyling, no ai parcheggi» Centinaia di firme tra i residenti	<i>Renzullo Danilo</i>	93
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1	Nuova Arena, il consiglio vota la variante urbanistica	<i>Loi Francesco</i>	96
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	13	Dieci anni di tagli: Utic, pediatria e punto nascita i casi emblematici	<i>Quirici Andreas</i>	97
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	13	«Mi sono operato al ginocchio Dopo un anno scalo le montagne»	<i>S.C.</i>	99
10/09/19	Tirreno Pisa-Pontedera	13	Mamma Giovanna protesta: «Odissea dopo lo svenimento di mia figlia»	<i>...</i>	100

RICERCA

01/09/19	Fortune Italia	84	Intervista a Mauro Ferrari - C'è una ragione per chiamarla ricerca	<i>...</i>	101
10/09/19	Giornale	16	Fumo, il cancro non è uguale per tutti	<i>...</i>	105
10/09/19	Osservatore Romano	5	Una molecola potrebbe rallentare il Parkinson	<i>...</i>	106
10/09/19	Secolo XIX	11	Ecco i Robin Hood della ricerca genetica «Se la cura è per pochi ci siamo noi pirati»	<i>Pivato Marco</i>	107
10/09/19	Sole 24 Ore	11	In breve - Renato Del Grosso entra in Cube Labs	<i>...</i>	109
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	26	Bando da 100 milioni del ministero della Salute, metà sono riservati ai giovani cervelli	<i>...</i>	110
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	27	Un ponte digitale accorcia i tempi di sviluppo del farmaco	<i>Cerati Francesca</i>	111
10/09/19	Sole 24 Ore .salute	27	In breve - Intelligenza artificiale Prodotto un nuovo farmaco in 46 giorni	<i>...</i>	112
10/09/19	Stampa Tuttosalute	30	La nuova strada per gli antibiotici contro i super-batteri - La via per i super-antibiotici	<i>Di Todaro Fabio</i>	113
10/09/19	Stampa Tuttosalute	31	Sempre più importanti le regole anti-abuso: così si salvano tante vite	<i>F.D.T.</i>	115
10/09/19	Stampa Tuttosalute	32	Avatar digitale per diagnosi e terapie - Il gemello sanitario digitale	<i>Grassia Luigi</i>	116
10/09/19	Stampa Tuttosalute	33	Primo test al mondo per individuare a casa il Papillomavirus umano	<i>...</i>	117

UNIVERSITA' DI PISA

10/09/19	Nuovo Quotidiano Brindisi	15	La sua tesi in Botanica sorprende gli studiosi Premiato un brindisino	<i>Vi.Ma.</i>	118

10/09/19	Comunicazione agli Abbonati	1	Comunicazione agli abbonati	<i>...</i>	120

Le notizie più lette de

LA NAZIONE .IT



Pisa. "Super batterio, ecco come difendersi"
Il professor Menichetti e le regole da adottare



FURTI AL SANTA CHIARA

L'Azienda ospedaliera corre ai ripari: «Ronde più frequenti»

PISA. «In ogni ospedale e anche a Pisa, periodicamente, vengono segnalati furti di effetti personali custoditi nelle camere di degenza o negli armadietti del personale e, purtroppo, si tratta di fenomeni quasi «fisiologici», trattandosi di luoghi aperti al pubblico per definizione, dove risulta poco praticabile la totale chiusura, per la necessità di non intralciare i percorsi sanitari di emergenza-urgenza che devono essere accessibili a tutte le ore del giorno».

Comincia così la risposta dell'Azienda ospedaliero universitaria dopo la storia del ladro che quasi ogni notte entra nel reparto di reumatologia all'ospedale Santa Chiara. «L'Aoup, in ragione anche delle dimensioni considerevoli dei due presidi ospedalieri (Cisanello e Santa Chiara, ndr), ha sempre dato disposizioni per arginare questi spiacevoli episodi, prevedendo un servizio di vigilanza con personale presente h24, che effettua giri di perlustrazione e controllo ad intervalli regolari, sia nei viali esterni che nei padiglioni», si legge ancora nella risposta.

Il problema è serio: pazienti e lavoratori non si sentono sicuri. Devono difendersi dalle «visite» notturne dei malviventi. «Alla luce dei recentis-

simi episodi, sono state date disposizioni per intensificare la periodicità delle ronde, con un incremento della frequenza dei passaggi notturni».

Ci sono infermiere che devono lavorare nella paura. La guardia giurata infatti concentra le sue attenzioni soprattutto all'ingresso del Santa Chiara. «È da sempre disposta – continuato dall'Aoup – la chiusura delle aree ambulatoriali al di fuori degli orari di visita, mentre le degenze sono tenute chiuse di notte e di giorno (salvo che negli orari aperti alle visite esterne) con porte ad apertura elettronica codificata o, in alternativa, presidiate dal personale sanitario in turno».

Ed è proprio quello che manca, citofono compreso, nel reparto dove il ladro è diventato di casa, tanto che lui passa dalle porte antipanico. «È difficile introdursi di notte all'ospedale senza essere intercettati dal personale in servizio. Le misure adottate sono tante e si cercherà di intensificare i controlli ancora di più». L'ospedale accoglie 15mila persone al giorno. «Per cui è possibile che su un numero così elevato qualcuno possa mettere in atto condotte difformi rispetto alle disposizioni aziendali». —



L'ingresso del reparto di reumatologia del Santa Chiara



Link: <https://www.gonews.it/2019/09/09/ospedale-cisanello-ripartono-lavori-dal-parcheggio-b/>

Ultimo aggiornamento: 9/09/2019 17:23 | Ingressi ieri: 51.129 (Google Analytics)



la **RAD** in TV
dal lunedì al venerdì
10-12 16-18

CLIVO
CANALE 680 DV3
La NUOVA TV Empolese-Valdelsa-Valdarno



#gonews.it

Pisa

Cascina



- TOSCANA HOME
- EMPOLESE VALDELSA
- ZONA DEL CUOIO
- FIRENZE E PROVINCIA
- CHIANTI VALDELSA
- PONTERERA VOLTERRA
- PISA CASCINA
- PRATO PISTOIA
- SIENA AREZZO
- LUCCA VERSILIA
- LIVORNO GROSSETO

HOME → PISA - CASCINA →

<< INDIETRO

Nuovo ospedale Cisanello, ripartono i lavori dal parcheggio B

🕒 09 settembre 2019 15:17 📍 Attualità 📍 Pisa



Da mercoledì 11 settembre, per due mesi circa, all'ospedale di Cisanello verrà chiuso il primo lotto B3 del grande parcheggio in costruzione (denominato "sigaro") che si trova di fronte all'area dell'emergenza-Pronto soccorso (fra via Mario Selli e via Aldo Pinchera), per effettuare lavori edili di completamento e rifinitura. Contemporaneamente inizieranno i lavori per la costruzione del secondo lotto B2.

Scusandoci per il disagio arrecato e ribadendo che si tratta comunque di lavori necessari e propedeutici alla realizzazione del nuovo ospedale, si ricorda che si può parcheggiare nella grande area di sosta A (c/o Ponte alle Bocchette) servita da navetta o C (San Biagio).

In allegato le **piantine dei parcheggi** complessivi e del **tragitto dei bus navetta**.

Fonte: [Aoup](#) - Ufficio Stampa

[gonews.tv](#) Photogallery



[Certaldo] Beata Giulia: sette secoli di devozione in una mostra

Per la tua Pubblicità su:
#gonews.it
0571 700931
commerciale@xmediagroup.it



il quotidiano online dedicato ai tifosi azzurri

Beat 2019 tutto gratuito, ti è piaciuto il festival empolesse?

- Si
- No

Vota

pubblicità

[Tutte le notizie di Pisa](#)

[<< Indietro](#)



ILTIRRENO.GELOCAL.IT

Tre nuovi infettati dal super batterio i casi registrati a Cisanello salgono a 31

Tre nuovi infettati dal super batterio i casi registrati a Cisanello salgono a 31

Il New Delhi ha fatto la prima comparsa nel novembre 2018: le prime contaminazioni nel reparto dei grandi ustionati Sabrina Chiellini

09 Settembre 2019

PISA. Salgono a 31 i pazienti infettati dal super batterio New Delhi, molto resistente agli antibiotici, che sono stati ricoverati all'ospedale di Cisanello. Il dato è stato aggiornato dopo i tre nuovi casi constatati ad agosto. A Pisa finora si è registrato il maggior numero di casi in Toscana: su 31 pazienti che hanno contratto l'infezione, 10 sono morti. La cautela nel comunicare il numero dei morti, così è stato spiegato, è dovuta alle condizioni delle vittime: non è detto che la causa della morte sia stata necessariamente il New Delhi, oppure il batterio può essere una concausa. È quanto ha spiegato la direttrice generale dell'Azienda ospedaliero-universitaria pisana, dottoressa Silvia Briani. A Cisanello i primi casi sono stati registrati a novembre 2018. Riguardavano pazienti che avevano subito gravi ustioni, che seguivano terapie o interventi immunosoppressivi, in situazioni di salute già compromesse. All'inizio erano episodi sporadici, poi il numero è aumentato, segno di una circolazione del batterio resistente sempre più diffusa, fino a configurare il quadro di una epidemia. A fine anno l'ospedale, che ha un sistema interno di controllo, si è attivato per mettere in pratica azioni di contrasto, fra cui il rafforzamento delle misure igienico-assistenziali e di pulizia. L'altro intervento, come ha spiegato la dottoressa Giulia Gemignani, responsabile del team Aid dell'Azienda ospedaliera pisana (si occupa delle infezioni, secondo l'approccio impostato dalla Regione) riguarda lo screening per i pazienti ad alto rischio. L'Aid, che si occupa di infezioni ospedaliere e del contrasto agli antimicrobici resistenti, si è trovato a gestire la nuova emergenza. È stato così disposto di effettuare lo screening in ingresso, cioè al momento del ricovero dei pazienti, ampliando il numero di reparti in cui veniva già effettuato di routine. È stato esteso oltre l'area critica, oncoematologica e dei trapianti, all'area delle medicine e in ogni reparto in cui si presentino pazienti già colonizzati o con elevate condizioni di rischio, per intercettare precocemente i malati portatori e potenzialmente a rischio. Il batterio, è stato ripetuto, è molto pericoloso e lo diventa ancora di più nei pazienti fragili, che già combattono con altre malattie o immunodepressi, come succede per le infezioni più in generale. «Si tratta di un test rapido, con tecniche molecolari, di cui si conoscono i risultati in poco tempo ma che ci permette di avere sempre un quadro aggiornato della situazione fin dal momento del ricovero e poi di intervenire per il contenimento del

fenomeno, nell'ambito delle linee guida», ha precisato la dottoressa Briani. «La direzione aziendale (la parte terapeutico-assistenziale è in mano ai clinici) è impegnata per supportare gli operatori affinché le norme di carattere igienico e sanitario siano osservate per il contenimento del fenomeno che è dimostrato potersi ridurre con una scrupolosa e condivisa applicazione di certe regole anche igieniche», ha aggiunto Briani.

— Sabrina Chiellini

NEW DELHI LE MISURE DI PREVENZIONE DELLA REGI

Via al monitoraggio negli ospedali toscani

PER RISPONDERE alla necessità di fornire una comunicazione corretta e che contribuisca a una percezione adeguata del fenomeno, da domani sul sito dell'Ars verranno pubblicati aggiornamenti settimanali dei dati del monitoraggio sulla presenza del batterio New Delhi negli ospedali toscani (che viene già effettuato da diversi mesi). E da lunedì verrà progressivamente esteso il passaggio dalla diagnostica tradizionale al test molecolare, per accelerare i tempi di screening. Sono alcune delle decisioni emerse dall'incontro che si è tenuto ieri in Regione dove il direttore dell'assessorato alla Sanità, **Carlo Tomassini** ha convocato, assieme a due rappresentanti dell'unità di crisi, le direzioni generali e sanitarie di tutte le Aziende sanitarie e ospedaliero-universitarie e l'Ars. Verranno pubblicati, per presidio ospedaliero, i dati sull'isolamento del batterio nel sangue dei pazienti, il numero di test di screening positivi, la percentuale dei decessi nei pazienti in cui è stato isolato il batterio. Inoltre, fa sapere la Regione, «entro breve, lo screening con la diagnostica tradizionale per l'identificazione dei pazienti colonizzati verrà progressivamente sostituito dal test molecolare, che garantisce una maggiore rapidità nella risposta, che passerà dai due giorni della diagnostica tradizionale alle 2-6 ore, facendo così ridurre il carico organizzativo per l'isolamento dei pazienti in attesa

della risposta». Inoltre con Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) è stato concordato che anche le case di cura private si impegneranno e si attrezzeranno per prevenzione e screening. Un test d'ingresso ai pazienti sarà effettuato anche nelle Rsa e, conclude la Regione, «in tutti gli ospedali toscani verrà assicurato l'impegno di tutte le pratiche cliniche già previste dal decreto del 26 luglio».

SECONDO il vicecapogruppo alla Camera di Forza Italia, **Stefano Mugnai**, che ha presentato recentemente un'interpellanza urgente al ministero della Salute «la minaccia di contaminazione e quindi di epidemia, si potrebbe ridurre, non solo attraverso un uso di farmaci appropriati in pazienti positivi, ma soprattutto attraverso un'operazione di precauzione e prevenzione, attraverso idonei indumenti di protezione e quindi la sorveglianza microbiologica rappresenta il primo filtro di contenimento delle infezioni». «La trasmissione e diffusione del super batterio - sottolinea il parlamentare azzurro - infatti, può avvenire anche tramite contatto diretto o indiretto con il paziente o l'ambiente, materiali e dispositivi medici contaminati. Il ministro della Salute chiarisca celermente quale sia lo stato di diffusione del batterio e quali misure intende mettere in atto per contenere il rischio infettivo a partire dalla Toscana».



Link: <https://www.nove.firenze.it/batterio-killer-il-caso-new-delhi-in-toscana-approda-in-parlamento.htm>

Questo sito contribuisce alla audience di



Previsioni Meteo Firenze 12° 24° ☀

lunedì 09 settembre 2019

Mi piace 10.231



- Home
- Cronaca
- Economia
- Spettacolo
- Q Inchieste & Speciali
- Imprese & Professioni
- Dossier
- Rubriche ▾
- Servizi ▾
- Contatti

Prima / Cronaca / Batterio killer: il caso New Delhi in Toscana approda in Parlamento

Batterio killer: il caso New Delhi in Toscana approda in Parlamento

lunedì 09 settembre 2019 ore 15:59 | Cronaca [Tweet](#)



Stefano Mugnai, vicecapogruppo alla Camera di Forza Italia, ha presentato un'interrogazione chiedendo l'intervento del ministro Speranza

(DIRE) Firenze, 9 set. - Il vicecapogruppo alla Camera di Forza Italia, Stefano Mugnai, chiede al neoministro della Salute, Roberto Speranza, qual è lo stato di diffusione negli ospedali del batterio killer in Toscana denominato New Delhi e quali iniziative intenda mettere in atto il governo per contenere "il rischio infettivo". Domande contenute in una interrogazione formalizzata oggi. All'origine il caso del batterio resistente agli antibiotici che è stato rintracciato in 546 portatori sani e che ha colpito sinora 64 pazienti, 17 dei quali sono deceduti. Meta' delle infezioni, ricostruisce il documento presentato da Mugnai, è stata riscontrata all'ospedale pisano di Cisanello. "La minaccia di contaminazione - aggiunge l'esponente forzista - e quindi di epidemia, si potrebbe ridurre, non solo attraverso un uso di farmaci appropriati in pazienti positivi, ma soprattutto attraverso una operazione di precauzione e prevenzione, attraverso idonei indumenti di protezione e quindi la sorveglianza microbiologica rappresenta il primo filtro di contenimento delle infezioni".

La diffusione del super batterio, in effetti, può avvenire anche con contatto diretto o indiretto con il paziente, l'ambiente e i dispositivi contaminati. Sul caso si è espresso a giugno l'istituto superiore di sanità, divulgando una valutazione del rischio di propagazione in Toscana di batteri gram-negativi resistenti ai farmaci utilizzati per curare le infezioni gravi causate da micro organismi antibiotico resistenti. (Cap/ Dire)

Redazione Nove da Firenze

Cerca in archivio

L'Amministratore Risponde

MARCO SUISOLA
AMMINISTRAZIONI Srl

Installare un box portachiavi per l'affitto ai turisti

Sezione sponsorizzata

Europe Direct

La Settimana Europea della Mobilità

Sezione sponsorizzata

Imprese & Professioni

Lascito testamentario solidale: i notai ne parlano ad Arezzo

Pistoia: gli infermieri nelle comunità di recupero

Link: <http://www.pisanews.net/lavori-ospedale-cisanello-si-ricomincia-lavorare-al-parcheggio-b/>

ULTIME NEWS > **Processo Franceschi, il Comune di Calci si costituisce parte civile**



SKODA SUMMER SUV
OGNI DESTINAZIONE E QUELLA GIUSTA.

SKODA KODIAQ
con 4 anni di manutenzione ordinaria.
E in più, extra vantaggi su tutta la gamma
SKODA in pronta consegna.

PISANEWS
IL PRIMO GIORNALE ONLINE
DELLA PROVINCIA DI PISA



SEAT Ibiza FR TGI a metano.

HOME ATTUALITÀ CRONACA PISA SC CULTURA E SPETTACOLO SPORT DILETTANTI STORIA

ATTUALITÀ

Lavori nuovo ospedale Cisanello, si ricomincia a lavorare al parcheggio B

Set 09, 2019



DCIM100MEDIA

PISA – Da **mercoledì 11 settembre**, per due mesi circa all'ospedale di **Cisanello** verrà chiuso il primo **lotto B3** del grande parcheggio in costruzione (denominato "sigaro") che si trova di fronte all'area dell'emergenza-Pronto soccorso (fra via Mario Selli e via Aldo Pinchera), per effettuare lavori edili di completamento e rifinitura.

NESTI AUTO
Dal 1965. Puoi contarci

Contemporaneamente inizieranno i lavori per la costruzione del secondo lotto B2.

Scusandoci per il disagio arrecato e ribadendo che si tratta comunque di lavori necessari e propedeutici alla realizzazione del nuovo ospedale, si ricorda che si può parcheggiare nella grande area di sosta A (c/o Ponte alle Bocchette) servita da navetta o C (San Biagio).

Scarica PDF

VIVI L'ESTATE 2019 CON PISANEWS
CON NOI NON PERDERAI GLI EVENTI PIÙ IMPORTANTI DI PISA E DEL SUO SPENDIDO LITORALE DOVE
DIVERTIRSI - MANGIARE
ABBRONZARSI - FARE SHOPPING

THE NEW VOLVO XC60. THE FUTURE OF SAFETY.
GUARDA LA STRADA CON OCCHI NUOVI

Scopri di più >

Nesti Auto OSPEDALETTO (PI)

Autosalone
Auto Expo
nuovo km 0
usato

PEGASO immobiliare
di Elisabetta Senesi

SDS
CENTRO DI FISIOTERAPIA
E SCIENZE MOTORIE

Seguici su



Cronaca / Cisanello / Via Paradisa

Ospedale Cisanello: ripartono i lavori nel parcheggio

Si tratta di un intervento propedeutico alla realizzazione del nuovo ospedale



Redazione
09 SETTEMBRE 2019 15:18



Da mercoledì 11 settembre, per due mesi circa, all'ospedale di Cisanello verrà chiuso il primo lotto B3 del grande parcheggio in costruzione (denominato 'sigaro') che si trova di fronte all'area dell'emergenza-Pronto soccorso (fra via Mario Selli e via Aldo Pinchera), per effettuare lavori edili di completamento e rifinitura. Contemporaneamente inizieranno i lavori per la costruzione del secondo lotto B2.

Dall'Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana si scusano per il disagio arrecato, ribadendo che si tratta comunque di lavori necessari e propedeutici alla realizzazione del nuovo ospedale, e ricordano che è possibile parcheggiare nella grande area di sosta A (c/o Ponte alle Bocchette) servita da navetta o C (San Biagio).

Argomenti: **lavori** ospedali

Tweet

I più letti di oggi

- 1 Batterio 'New Delhi', allarme in Toscana: 31 i casi di infezione a Cisanello
- 2 Terricciola, finisce fuori strada con la macchina: è grave
- 3 Incendio a Vecchiano: intervento dei Vigili del Fuoco
- 4 Fiamme in appartamento a San Miniato

Potrebbe interessarti

I rimedi naturali per allontanare le zanzare e combattere il prurito della puntura

Impara ed evita: gli errori di stile che prima o poi tutti commettiamo

I fichi: tutte le proprietà e i benefici dei frutti di fine estate

Lavarsi troppo i capelli fa male: i segnali per capire la salute della nostra capigliatura

I più letti della settimana

Nozze in gran segreto per il cantautore pisano Francesco Motta a l'attrice Carolina Crescentini

Incinta all'ottavo mese morsa da una vipera in spiaggia

Batterio 'New Delhi', allarme in Toscana: 31 i casi di infezione a Cisanello

Esercito, cambio di comando alla Folgore: arriva il Generale Vergori

Cosa fare a Pisa nel weekend: gli eventi del 7 e 8 settembre

Governo Conte bis: un ex allievo della Scuola Sant'Anna è ministro del Mezzogiorno

PISATODAY

Presentazione

Registrati

Privacy

Mostra consensi

Invia Contenuti

Help

Condizioni Generali

Per la tua pubblicità

CANALI

Cronaca

Sport

Politica

Economia e Lavoro

Consigli Acquisti

Cosa fare in città

Zone

Segnalazioni

ALTRI SITI

LivornoToday

FirenzeToday

GenovaToday

BolognaToday

PerugiaToday



APPS & SOCIAL



segui **quotidianosanità.it**



[Tweet](#) stampa

Batterio New Delhi. In Toscana 17 decessi su 44 infezioni in 8 mesi. Ma la Regione rassicura: “Nessun allarme”

“I numeri, sia pur più alti di quelli attesi, non sono tali, e già da mesi sono state messe in atto le misure necessarie per conoscere meglio il fenomeno ma soprattutto ridurre l'estensione”, ha detto l'assessore Saccardi. Dal novembre 2018 a fine luglio la mortalità osservata nei casi infetti è di 17 su 44 (pari quasi al 40%). Occhi puntati sull'ospedale Cisanello di Pisa, dove su 31 casi di infezione si sono registrati 10 casi di mortalità (32%).



09 SET - La Toscana schiera le sue armi contro il batterio New Delhi, tra i più resistenti agli antibiotici, che negli ultimi mesi ha fatto registrare diversi casi negli ospedali della Regione, tanto da far alzare i livelli di guardia anche se l'assessore alla Salute, **Stefania Saccardi**, smentisce che si tratti di una situazione di allarme. “I numeri, sia pur più alti di quelli attesi, non sono tali, e già da mesi sono state messe in atto le misure necessarie per conoscere meglio il fenomeno ma soprattutto ridurre l'estensione”, ha detto l'assessore facendo il punto negli scorsi giorni.

Il batterio New Delhi negli ospedali della Regione ha fatto registrare una particolare concentrazione negli ospedali della Area Vasta Nord Ovest: i pazienti

che dal novembre 2018 al monitoraggio di fine luglio sono stati infettati dal New Delhi sono stati 64. La mortalità osservata finora nei casi infetti è di 17 su 44 (pari quasi al 40%). Si tratta di un dato in corso di aggiornamento, in quanto i dati di mortalità arrivano dopo i casi di notifica delle infezioni. Ad oggi, quindi, è possibile dare il dato di mortalità (17) solo su 44 casi infetti.

C'è però un dato aggiornato per quanto riguarda il Cisanello di Pisa, l'ospedale che concentra il maggior numero di casi di infezione: nell'ultimo monitoraggio, su 31 casi di infezione (quindi dato ad oggi), si registravano 10 casi di mortalità, pari al 32%.

“La cautela nel comunicare il numero dei decessi - fanno sapere dagli uffici dell'assessorato - è dovuta alle condizioni generali di questi pazienti: non è detto che la causa della morte sia stata necessariamente il batterio New Delhi, le cause possono essere altre, oppure il batterio può essere una concausa. Il dato netto di causa-effetto sarà disponibile solo dopo una attenta analisi e valutazione”.

Dalla settimana prossima, la Regione darà

comunque costante comunicazione dei dati attraverso un monitoraggio continuo del numero di portatori del batterio, degli infetti e dei decessi, presidio per presidio, in tempo reale, allo scopo anche di contribuire ad una corretta informazione tesa in particolare a rassicurare e ad adottare le misure di prevenzione, ovvero ridurre l'utilizzo non corretto di antibiotici.

La Regione ricorda di essere stata, in questi mesi, “in costante contatto con il Ministero della salute e l'Istituto superiore di sanità, e il tema è stato oggetto di confronto all'interno del Tavolo regionale relativo al Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR), a partire da marzo 2019. E' stata poi costituita una Unità di crisi regionale, tuttora attiva, della quale fanno parte professionisti esperti in materia di infezioni correlate all'assistenza nelle diverse discipline coinvolte. Prodotto di questo costante lavoro è stato il decreto regionale del 26 luglio, con il quale sono state formalizzate le indicazioni operative già fornite a tutte le strutture sanitarie toscane. Con il decreto si fissano le modalità per effettuare lo screening in ingresso al momento del ricovero e per individuare le tipologie di strutture-degenze da tenere sotto controllo. Vengono inoltre individuati indirizzi omogenei a livello regionale per la gestione, sotto il profilo igienico sanitario, dei pazienti colonizzati/infetti, comprese le istruzioni da fornire alla dimissione, i protocolli terapeutici per la gestione clinica dei casi e le indicazioni per la pulizia ambientale”.

09 settembre 2019
© Riproduzione riservata

Altri articoli in *Regioni e Asl*

OS newsletter

ISCRIVITI ALLA NOSTRA NEWS LETTER
Ogni giorno sulla tua mail tutte le notizie di Quotidiano Sanità.

OS gli speciali



Firmato il contratto di medici e dirigenti sanitari. Il testo, le schede e i commenti

tutti gli speciali

iPiùLetti [7 giorni] [30 giorni]

- 1** Governo. A sorpresa il Ministero della Salute a LeU. Sarà Roberto Speranza a sostituire Giulia Grillo. Ecco le sue idee per la sanità: dal finanziamento del Ssn al personale
- 2** Smi: “Auguri di buon lavoro al nuovo Ministro della Salute”
- 3** Medicina generale. Sbloccati gli incrementi di stipendio e norme chiare per incarichi a giovani in formazione. Sisac e sindacati siglano pre intesa Acn
- 4** Giustificazione: unica via di uscita per i Tsrn
- 5** Test Medicina. Ecco le domande e le risposte della prova
- 6** Neuropatia ottica nutrizionale: dieta a



Magliano Sabina. Nuova TAC presso la Casa della Salute



Città della salute di Novara. Venerdì giunta regionale monotematica



Sanità privata. A Roma presidio sotto il Ministero di Cgil, Cisl e Uil contro mancato rinnovo contratto



Tempi di vestizione. Uil Fpl Taranto: "La Asl non li riconosce". Partita la richiesta di risarcimenti



Punto prelievi di Olbia. Regione annuncia: "Da oggi riprende gradualmente l'attività"



A Niquarda raggiunto il traguardo di 2mila trapianti di fegato

base di patatine fritte e salsicce fa perdere la vista ad un ragazzo

- 7 Carenza medici. Il problema non è quantitativo ma qualitativo. Nessuno vuole più fare il medico in Italia
- 8 L'informatore Scientifico del Farmaco: evoluzione della specie
- 9 Amazon alla conquista del mercato sanitario
- 10 Governo. Oggi si chiude l'intesa sui nuovi ministri. Quasi certa la conferma di Grillo alla Salute

Quotidianosanita.it
Quotidiano online
d'informazione sanitaria.
QS Edizioni srl
P.I. 12298601001

Via Boncompagni, 16
00187 - Roma

Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma (RM)

Direttore responsabile
Cesare Fassari

Direttore editoriale
Francesco Maria Avitto

Direttore generale
Ernesto Rodriguez

Redazione
Tel (+39) 06.59.44.62.23
Tel (+39) 06.59.44.62.26
Fax (+39) 06.59.44.62.28
redazione@qsedizioni.it

Pubblicità
Tel. (+39) 06.89.27.28.41
commerciale@qsedizioni.it

Copyright 2013 © QS Edizioni srl.
Tutti i diritti sono riservati
- P.I. 12298601001
- iscrizione al ROC n. 23387
- iscrizione Tribunale di Roma n. 115/3013 del 22/05/2013

Riproduzione riservata.
[Policy privacy](#)

IN BREVE

VALUE BASED HEALTHCARE

Cure in base ai risultati:
il test in 17 ospedali

La scommessa di mantenere “l’universalità del Ssn” rilanciata dal nuovo Governo passa anche da una rivoluzione nell’assistenza che metta al centro il paziente puntando sulla riorganizzazione delle cure con approcci multidisciplinari e integrati. Prevedendo la remunerazione dell’intero percorso di cura e la valutazione degli esiti basata sul valore effettivo per il malato. I primi risultati? Liste d’attesa ridotte e più posti letto, ma anche mortalità più che dimezzata, com’è avvenuto nell’area cardiovascolare del Policlinico Gemelli di Roma grazie al lavoro di squadra degli specialisti dell’heart team. È questo l’approccio «Value Based Healthcare», ideato da Michael Porter e declinato nella «Value Agenda per l’Italia», un documento d’indirizzo per tutti gli stakeholder, realizzato da Vithali, spin-off dell’Università Cattolica e da Medtronic. Lo studio, presentato in anteprima nel maggio 2018 a Milano in collaborazione con Il Sole-24Ore, dà la sua ricetta per la sostenibilità sanitaria in Italia, considerata un paese-laboratorio da diversi punti di vista: sia per l’universalismo del Ssn, sia per la doppia sfida di disuguaglianze territoriali e invecchiamento della popolazione. A spiegarlo è il Chairman e Ceo di Medtronic Omar Ishrack, a un anno dalla presentazione della Value Agenda: «L’essenza della Value Based Healthcare è migliorare i benefici e la qualità dell’assistenza sanitaria a un costo accessibile. I sistemi sanitari oggi sono assistenzialisti e basati sulle prestazioni come servizi, senza che ci siano chiare responsabilità sugli esiti per i pazienti. Abbiamo avviato progetti che incentivano una presa in carico coordinata durante tutto il percorso di cura, perché l’integrazione riduce la dispersione di tempi e risorse».

Diciassette i progetti improntati alla “Value Agenda” avviati in Italia in ospedali pubblici e privati: dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli-Irccs [all’Azienda ospedaliero universitaria Pisana](#), dall’Humanitas Research Hospital al Gruppo San Donato. «Tutti – spiega l’Ad e presidente di Medtronic Italia Michele Perrino – guardano agli esiti di salute anziché al volume di prestazioni erogate, attraverso partnership a lungo termine e con la forte responsabilità verso i risultati di valore generato».

—**B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Omar Ishrack
Chairman e
Ceo di
Medtronic



IN ZONA STAZIONE

Violenta lite tra tunisini uno finisce all'ospedale per una coltellata

PISA. Accoltellato alla schiena dopo una lite nei pressi della stazione ferroviaria, probabilmente per questioni che hanno a che fare con lo spaccio di droga.

La lite tra due tunisini senza fissa dimora, ma che hanno come loro punto di riferimento il quartiere della stazione ferroviaria, si è svolta davanti ai passanti che erano vicino al bar Galleria. La classica lite tra stranieri che passano intere giornate nella piazza. Sul posto sono intervenuti gli agenti della questura e quelli della polizia municipale. Uno dei due tunisini è stato trasportato all'ospedale di Cisanello con un'ambulanza del 118 e giudicato non particolarmente grave. Oltre alla ferita provocata dal coltello ha un trauma cranico, anche questo non grave.

Il fatto è avvenuto intorno alle 20 nella galleria Gramsci e sul posto il 118 ha inviato un'ambulanza della Misericordia.

Sono in corso tutta una serie di indagini per risalire alla causa che ha scatenato il litigio, sicuramente legata ad attività illecite.

Il quartiere della stazione è presidiato ogni giorno dalle forze dell'ordine, ma tossicodipendenti e spacciatori non hanno modificato più di tanto le loro abitudini.

Alla scena di ieri sera hanno assistito numerosi passanti che hanno dato l'allarme chiamando la polizia e temendo che la situazione potesse degenerare. —

BY NC ND AL CUN I DIRITTI RISERVATI



Un controllo della polizia



Vaccini, 700 bambini non in regola

Il bilancio nelle materne e nei nidi dell'area pisana

SERVIZIO
■ A pagina 7

Vaccini, 700 bambini non in regola

Su un totale di 6.500 iscritti a materne e nidi nell'Area Pisana

LETTERA ALLE FAMIGLIE
Su 700 iscritti a nidi e materne comunali, i casi fuori norma sono passati da 65 a 8

SONO solo 8 bambini su circa 700 iscritti agli asili nido e alle scuole materne comunali a non essere in regola con gli obblighi vaccinali. Per ora il Comune non ha deciso alcun respingimento ma già da settimane sono partite le lettere alle famiglie per procedere con la regolarizzazione e la situazione verrà monitorata, insieme agli uffici della Asl Toscana nord ovest, nelle prossime settimane. Intanto, il dato dei bambini non in regola in tutti i comuni dell'area pisana ammonta a circa 700 bambini non in regola sui circa 6500 iscritti alle scuole materne e ai nidi d'infanzia. Molti di loro, fa sapere l'azienda sanitaria, sono tuttora in via di regolarizzazione con appuntamenti già programmati per effettuare le vaccinazioni, anche se, secondo le stime dell'azienda, almeno il 3% dei bambini iscritti appartengono a famiglie no vax.

NON C'È, al momento, per ora una precisa radiografia territoriale per individuare questi bambini non ancora vaccinati e solo nei prossimi mesi il dato sarà definitivo. Per mettersi in regola i genitori dovranno produrre la documentazione richiesta, comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni op-

pure l'esonero, l'omissione o il differimento delle stesse o la presentazione della formale richiesta di vaccinazione alla Asl. Procedura, che secondo quanto si è appreso dal Comune capoluogo, le famiglie degli 8 bambini non ancora in regola avrebbero già avviato. D'altronde già ad agosto l'amministrazione comunale aveva sollecitato gli adempimenti alle famiglie che non risultavano in regola con gli obblighi vaccinali dei figli. «La regolarità delle vaccinazioni obbligatorie - precisa il comune in una nota - costituisce requisito di accesso ai servizi educativi per l'infanzia». Ad agosto tra i bambini iscritti al servizio comunale di Nido d'infanzia (510 da 3 mesi a 3 anni) e alle scuole materne comunali (169, da 3 a 6 anni) risulterebbero non in regola con le normative 65 utenti, ovvero meno del 10%. I genitori sono stati invitati quindi a verificare e regolarizzare la posizione vaccinale del minore che non risulta regolare a seguito di consultazione della Banca dati della competente Asl Toscana Nord Ovest e con l'inizio dell'anno scolastico la percentuale di coloro che non hanno adempiuto agli obblighi è nettamente diminuita.



PROTEZIONE
Un pediatra mostra una dose di vaccino (Foto di repertorio)



Appello dal Centro regionale. «Tante situazioni di difficoltà, serve uno sforzo. Nel giro di una settimana»

«Donate il sangue: è urgente»

Toscana a corto di sacche, gli ospedali rischiano di dover rinviare alcuni interventi

Manca sangue, appello ai donatori Si rischia il rinvio degli interventi

Torregalli e altri ospedali pronti al protocollo di emergenza. «Carenza in tutto il Paese»

Manca il sangue, di tutti i gruppi, ed è allarme. «Il problema riguarda tutta la Toscana: se entro una settimana non ci sarà un aumento di donazioni, rischiamo di dover rinviare le operazioni programmate», spiega Simona Carli, direttore del Centro regionale sangue.

a pagina **8 Gori**

«Si segnala una situazione di gravissima carenza di emazie (in gergo medico, i globuli rossi, ndr), di tutti i gruppi. Si segnala inoltre che la carenza è generalizzata a livello nazionale in particolare per i gruppi o positivo e negativo, pertanto vi preghiamo di programmare attentamente le attività elettive con i colleghi anestesisti e chirurghi al fine di garantire l'assistenza in urgenza emergenza e per le prestazioni salvavita». All'ospedale di Torregalli, l'indicazione di «attivare il protocollo di emergenza» per carenza di sangue inviata ai reparti è partita dalla direzione dell'ospedale. Tradotto, si chiede di valutare il rinvio di alcuni interventi chirurgici programmati e non urgenti.

Il problema riguarda tutta la Toscana: «Se entro una settimana non ci sarà un aumento di donazioni, rischiamo di dover rinviare le operazioni programmate», spiega Simona Carli, direttore del Centro regionale sangue. «La carenza — aggiunge — riguarda tutta

Italia, in particolare per lo Zero negativo e l'A positivo. Per questo abbiamo dovuto concentrare le sacche dove ci sono le necessità più importanti, come ad esempio il centro trapianti di Pisa, a scapito delle realtà più piccole. Ma non siamo pessimisti: quando ci sono 40 gradi, è difficile donare il sangue. Ma ora che le temperature si sono abbassate e che molti sono rientrati dalle ferie, contiamo che in tanti tornino subito ai centri trasfusionali». Così Carli lancia un appello a rivolgersi subito ai centri ospedalieri e alle associazioni: «Sì, servono donazioni subito, perché a fine estate le sacche sono sempre poche, quest'anno in modo particolare».

«Ogni mattina controlliamo il "meteo del sangue", il portale regionale che dice chi ha bisogno di sacche e chi invece ne ha in abbondanza e può trasferirle altrove. Il giallo significa livello di attenzione, il rosso che abbiamo un problema, il nero che la situazione è seria. E in questi giorni ci sono molte caselle nere — dice Isio Masini, direttore di immunematologia e medicina trasfusionale dell'Asl Toscana Centro — La nostra azienda è spesso in attivo, di solito ne diamo a chi ne ha più biso-

gno, in particolare a Careggi, Scotte e Cisanello. Ora invece siamo a corto anche noi. Anche perché spesso ci aiutiamo tra Regioni, ma ora sono tutte in difficoltà». «Donare, donare, donare — è l'invito di Masini — Abbiamo contattato le associazioni perché chiamino i loro soci, e noi abbiamo fatto lo stesso, telefonando ai donatori abituali dei centri ospedalieri. Che teniamo aperta aperti, a Torregalli e Ponte a Niccheri, anche la domenica». Il problema, rivelano gli esperti, è il cambiamento demografico. La popolazione invecchia e per quanto l'età massima della donazione sia stata alzata dai 65 a 70 anni, sono molti di più i donatori che «vanno in pensione» dei nuovi che entrano nel sistema. Spesso, poi, i giovani, col loro stile di vita — tra promiscuità sessuale e abuso di alcol — non possono donare. E non manca il problema delle ferie estive: il sangue di chi è stato in zone affette dalla febbre occidentale del Nilo deve subire controlli che durano una settimana. Per i donatori senza questo tipo di incognita, invece, gli esami si svolgono in poche ore. E in 30 ore dalla donazione, la sacca è già disponibile per il paziente in sala operatoria.

Giulio Gori



Cosa fare

● **Per donare il sangue**, bisogna avere tra i 18 e i 70 anni ed è possibile rivolgersi ai **principali ospedali** o alle associazioni di volontariato del settore tipo **Avis e Fratres**

● Prima della donazione (meglio se a **digiuno**), il donatore risponde a **un questionario** per capire se è idoneo: gravi **malattie**, sesso promiscuo non protetto o abuso di **alcol o droghe** sono tra i criteri escludenti



I provvedimenti della Regione, l'interrogazione alla Camera di Mugnai

Un test rapido per arginare il super batterio

Sul caso del super batterio New Delhi, che ha dato vita in Toscana a un focolaio senza precedenti — a causa anche della sua resistenza agli antibiotici di secondo livello — la Regione ha annunciato ieri una lunga serie di provvedimenti. Sarà introdotto un esame più rapido (il quick test molecolare) per identificare i casi di positività al batterio, sia per accelerare le procedure di isolamento dei contagiati, sia per sveltire le operazioni nei laboratori, oberati proprio dagli esami sul New Delhi. Lo screening sarà effettuato anche dalle cliniche private sui propri pazienti, grazie a un accordo raggiunto con l'Associazione italiana ospedalità privata. Visti i numeri ingenti di ospiti, le residenze per anziani non potranno fare altrettanto, ma faranno comunque il test ai pazienti che arrivano dagli ospedali. Da domani, inoltre, sul sito web dell'Agenzia Regionale di Sanità per ragioni di «corretta informazione» sarà pubblicato un report settimanale con i numeri del focolaio. Il caso del super batterio arriva anche in Parlamento. Il deputato toscano di Forza Italia, Stefano Mugnai, ha presentato un'interpellanza urgente al ministro della Salute, Roberto Speranza, perché riferisca in aula sul focolaio e spieghi «quale sia la situazione e la diffusione dell'infezione da batterio New Delhi in Italia, ed in particolare del focolaio toscano e cosa intenda fare il ministero per sorvegliare e contenere il rischio infettivo a partire dalla Toscana». Mugnai chiede interventi urgenti per fermare «la minaccia di epidemia» e segnala il rischio che i pazienti contagiati dimessi dagli ospedali vengano trasferiti in strutture intermedie «inadeguate ad isolare pazienti infetti».

G.G.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



PSICOSI - "NEW DELHI"

**Per un super batterio
17 morti in Toscana:
il piano della Regione**

SONO diciassette le morti sospette del batterio cosiddetto "New Delhi" resistente agli antibiotici avvenute in Toscana su 64 contagi, come reso pubblico due giorni fa. Adesso la Regione Toscana corre ai ripari, dal 16 settembre verrà progressivamente esteso il passaggio dalla diagnostica tradizionale al test molecolare, per accelerare i tempi di screening riguardo alla diffusione del "New Delhi" mentre, per rispondere alla necessità di fornire una comunicazione corretta e che contribuisca a una percezione adeguata del fenomeno, dall'11 settembre sul sito dell'Ars verranno pubblicati aggiornamenti settimanali anti-psicosi dei dati del monitoraggio sulla presenza del superbatterio negli ospedali toscani, avviato già a maggio. Saranno pubblicati, per presidio ospedaliero, i dati sull'isolamento del batterio nel sangue dei pazienti, il numero di test di screening positivi, la percentuale dei decessi nei pazienti in cui è stato isolato il batterio. Riguardo allo screening con test molecolare, per far fronte all'incremento di test microbiologici dovuto alle misure straordinarie di sorveglianza, le direzioni aziendali hanno concordato di accelerare i tempi del passaggio al test molecolare, il cosiddetto *quick test*.



Ischemie, qui la nuova frontiera

Il San Donato all'avanguardia nelle cure al paziente diabetico

LO STUDIO

Effettuato in sinergia da vari reparti, è stato pubblicato da famosa rivista cardiologica

LA RIVISTA cardiologica mondiale Journal of the American College of Cardiology ha pubblicato un studio tutto aretino che ha portato nuove conoscenze sul trattamento dell'ischemia degli arti inferiori in pazienti diabetici. Lo studio, frutto di una collaborazione tra cardiologia, la chirurgia vascolare, la diabetologia e malattie infettive dell'ospedale San Donato, dimostra che l'utilizzo di nuovi palloni rivestiti da farmaco antiproliferativo (paclitaxel) fornisce gli stessi risultati clinici dell'utilizzo di stent a rilascio dello stesso farmaco, con il vantaggio di evitare l'impianto di protesi permanenti.

L'ischemia critica degli arti inferiori rappresenta un'importante causa di mortalità e ospedalizzazione nel paziente diabetico, con gravi conseguenze sulla qualità della vita. «Chi presenta una malattia aterosclerotica delle arterie degli arti inferiori va incontro ad una limitazione delle attività quotidiane - spiega Francesco Liistro, responsabile dello studio scientifico e del reparto cardiovascolare dell'ospedale - Questi pazienti, se non trattati in modo appropriato, rischiano di andare incontro ad amputazioni. Nel nostro studio abbiamo dimostrato che ad un anno di distanza dall'angioplastica, l'arteria trattata rima-

ne aperta nell'80% dei casi, sia utilizzando i palloni ricoperti da farmaco, sia gli stent a rilascio. I nostri dati da una parte evidenziano che le strategie attuali garantiscono un ottimo successo a medio termine, ma dall'altra dimostrano la necessità di sperimentare nuovi materiali, nuovi farmaci e nuovi approcci terapeutici per ottimizzare il trattamento. Nei prossimi anni al san Donato esploreremo nuovi approcci».

TRA I PAZIENTI con ischemia critica degli arti inferiori trattati nel dipartimento, solo una minoranza va incontro ad amputazione, mentre la stragrande maggioranza viene trattata attraverso l'angioplastica. «Questa possibilità terapeutica rappresenta una delle più importanti eccellenze del dipartimento e della Asl - spiega Leonardo Bolognese, direttore del dipartimento cardiovascolare della Sud Est - La grande sfida per il futuro è quella di ottimizzare non solo il trattamento dei pazienti con ischemia critica, ma anche le strategie di prevenzione della malattia e della recidiva dopo angioplastica, attraverso il coinvolgimento multidisciplinare di tutti gli specialisti coinvolti nella complessa gestione del paziente diabetico con complicanze cardiovascolari. Lo studio dimostra l'eccellenza del nostro Centro nel trattare pazienti che provengono da tutta la Toscana e molto spesso anche da altre regioni di Italia. Il valore aggiunto è di affiancare la ricerca scientifica alla cura quotidiana del paziente».



IN OSPEDALE Francesco Liistro e Leonardo Bolognese



SALUTE SUL SITO DELL'AGENZIA DI SANITA'**Più informazioni sul batterio New Delhi
Da lunedì i 'controlli' pubblicati dall'Ars**

PER RISPONDERE alla necessità di fornire una comunicazione corretta e che contribuisca ad una percezione adeguata del fenomeno, da mercoledì 11 settembre sul sito dell'Ars (Agenzia regionale di sanità) saranno pubblicati aggiornamenti settimanali dei dati del controllo sulla presenza del batterio New Delhi negli ospedali toscani (cosa che viene già fatta da diversi mesi). E da lunedì 16 verrà progressivamente esteso il passaggio dalla diagnostica tradizionale al test molecolare, per accelerare i tempi delle diagnosi. Sono alcune delle decisioni emerse dall'incontro che si è tenuto all'assessorato alla sanità, dove il direttore Carlo Tomassini ha convocato, assieme a due rappresentanti dell'unità di crisi, le direzioni generali e sanitarie di tutte le Asl e Aziende ospedaliero-universitarie e l'Ars.



Visite scontate agli over 65

Villa Donatello al fianco degli anziani. Venti giorni di iniziative

PER TUTTO SETTEMBRE

Open day con 300 prestazioni gratis legate alla prevenzione, incontri con i medici di base e consigli sugli stili di vita

di GIULIO ARONICA

GLI ANZIANI sono una risorsa: lo sa bene Villa Donatello che ha deciso di dedicare alla terza età il "Donatello d'Argento", un mese intero – dal 9 al 30 settembre – di iniziative, idee, storie e consigli destinati agli over 65. L'evento, presentato ieri mattina presso la Sala Barile del Consiglio Regionale della Toscana dal presidente della casa di cura Lorenzo Bifone, dall'amministratore delegato Alberto Rimoldi e dal presidente dell'Assemblea regionale Eugenio Giani, prevede l'accesso a prezzi scontati per gli over 65 a tutte le prestazioni diagnostiche di Villa Donatello, una serie di incontri con i cittadini finalizzati a suggerire stili di vita atti a prevenire l'insorgenza di malattie croniche, un open day con oltre 300 prestazioni di prevenzione gratuite ed incontri con i medici di base, che includono anche l'erogazione di E.C.M (Educazione Continua in medicina), rivolta agli operatori del settore per informarli sulle ultime novità nel campo dell'assistenza agli anziani.

NON SI TRATTA di un'iniziativa isolata, ma di un progetto più ampio che rientra nell'ambi-

to del programma "Clinica Aperta", che ha già ospitato diversi convegni scientifici sul tema, un open day sulla prevenzione e giornate mensili gratuite in collaborazione con Ant. «L'obiettivo che abbiamo perseguito – precisa l'ad Alberto Rimoldi – è stato quello di sviluppare sinergie strategiche con gruppi e associazioni che hanno visione e prospettive analoghe alle nostre: il Donatello d'Argento conta infatti, oltre al patrocinio dei comuni di Firenze e Sesto Fiorentino, con la collaborazione di CNA Pensionati Firenze, Confesercenti Fipac Firenze, Auser Firenze e Ruffino, AssiCoop Toscana. D'altra parte – prosegue Rimoldi – Villa Donatello è una società controllata dal Gruppo Unipol, che nel nuovo Piano Strategico 2019-2021 prevede di presidiare il welfare non solo attraverso polizze assicurative, ma anche mediante società che offrono direttamente servizi alla cittadinanza».

«**OGGI** – sottolinea il presidente Bifone – oltre un italiano su cinque ha più di 65 anni di età, numeri robusti e in continua crescita, che lasciano ipotizzare che nel 2050 il 35% della popolazione sarà composta da over 65: per questo, è necessario lavorare per migliorare la qualità della vita in età avanzata, e un'eccellenza della sanità privata toscana come Villa Donatello non deve limitarsi a garantire una medicina di qualità, ma aprirsi alla società e al territorio per contribuire a migliorare la salute di tutti i cittadini».





L'ad Alberto Rimoldi

«L'obiettivo è stato quello di sviluppare sinergie strategiche con gruppi e associazioni»



Il presidente Bifone

«Nel 2050 il 35% degli abitanti sarà over 65: serve perciò lavorare per la qualità della vita»

L'ECCELLENZA

Procreazione assistita I numeri record del Centro Florence

SONO 90 MILIONI le coppie nel mondo che presentano problemi di fertilità. Solo in Europa sono 25 milioni le persone che ricorrono alla fecondazione assistita. E il tasso di fertilità è in calo in tutto il mondo negli ultimi anni. Chiediamo al dottor Comodo, ginecologo responsabile di Centro Florence come mai questo aumento di infertilità «La pianificazione familiare, imposta dai mutamenti socio-culturali, genera una sorta d'ingenuo ed illusorio delirio di onnipotenza procreativa. Si dimenticano, perciò, i limiti biologici prefissati dalla natura.

Il dottor Comodo, insieme alle Dr.sse S. Consigli e Guidetti, aggiunge che oggi in Italia i tassi medi di successo della procreazione medicalmente assistita sono intorno al 21%; al Centro Florence siamo riusciti a superare il 30%, grazie alla professionalità degli operatori, ginecologi e biologi in primis, ma anche ad attrezzature come Embryoscope, disponibile in pochissimi centri in Italia. L'Embryoscope è un modernissimo incubatore per la coltura embrionaria, costituito da un avanzato software per la migliore coltura e successiva selezione embrionaria e da piastre di coltura per una manipolazione sicura degli embrioni. Il sistema time-lapse permette agli embriologi di monitorare gli embrioni durante l'intero corso del loro sviluppo.



Un italiano su 5 ha più di 65 anni e questa è la fascia di popolazione che ha più bisogno di cure mediche



L'ingresso di villa Donatello sul viale Matteotti



«L'ambulatorio pediatrico al Sant'Andrea non chiude» Asl rassicura le famiglie

Tre professionisti si alterneranno dal lunedì al venerdì

L'AMBULATORIO pediatrico all'ospedale Sant'Andrea di Massa Marittima non chiuderà. Anzi. Secondo quanto scrive l'Asl addirittura potenzierà il servizio, perché passerà da 15 ore di copertura a 16. L'Asl Toscana Sud Est ha voluto ribadire questo concetto dopo l'ennesima protesta relativa al fatto che la pediatra che fino a pochi giorni fa aveva assicurato il servizio ha vinto un concorso in altra sede e ha lasciato le Colline Metallifere. Su questo tema, da ultimo, si era espresso anche il coordinatore provinciale di Forza Italia, Sandro Marrini. «Non chiudiamo, ma potenziamo il servizio – scrive l'Asl – perché in base a quanto pre-

visto per legge, ogni pediatra che non raggiunga il massimale può prendere in carico nuovi pazienti ed è ciò che hanno fatto i pediatri che già operano nella zona (Follonica, ndr). Sulla base di quanto emerso in questi giorni sui media, l'azienda ritiene utile ricordare che secondo gli Accordi con il Sistema Sanitario pubblico, fintanto che i pediatri convenzionati hanno posti liberi per prendere in carico nuovi assistiti, non è possibile, per legge, stipulare accordi con altri pediatri nello stesso ambito. I genitori residenti a Massa e comuni limitrofi – prosegue l'Asl – potranno quindi scegliere il pediatra per i propri figli tra i tre specialisti che lavorano

in associazione e collaborano sostituendosi, tra l'altro, a vicenda, in caso di assenza. Il servizio sarà svolto a partire da lunedì nei seguenti orari. Lunedì: 15.30-18.30 dott.ssa Rita Pellegrini; martedì 9-12 dottor Enrico Vincenzo; mercoledì 9.30-12.30 dott.ssa Rita Pellegrini; giovedì 10-13 dott. Raffaele D'Alfonso; venerdì 16-19 dott. Enrico Vincenzo. L'azienda considera la possibilità di mettere in atto variazioni di orario o adeguamenti dell'attività, successivamente all'avvio del servizio, per poter andare incontro quanto più possibile alle esigenze dei genitori e dei bambini della Zona».



SALUTE
Un pediatra sarà presente dal lunedì al venerdì nell'ospedale Sant'Andrea, a Massa Marittima. Lo assicura la Asl dopo le polemiche



CECINA

«Silenzio dell'Asl inaccettabile»

«IL SILENZIO della dirigenza Asl sulle dimissioni in massa dei medici del pronto soccorso è inaccettabile: una dirigenza seria e competente avrebbe dovuto dare immediate rassicurazioni alla gente sul futuro del nostro pronto soccorso». E' l'accusa del coordinamento in difesa dell'ospedale.



GLI INTEGRATORI DELLE TERME

Tre prodotti innovativi per il futuro

BERNARDINI ■ A pagina 13

Lanciati tre nuovissimi prodotti per i curisti



Ritardo
di 10 anni

L'ARRIVO di nuovi prodotti termali è notizia positiva. Ma ci sono ancora abbastanza curisti per garantire un'adeguata vendita? Tali iniziative purtroppo giungono in ritardo di almeno 10 anni.

LE TERME lanciano sul mercato una linea di integratori alimentari per promuovere in modo più incisivo le terapie e consentire ai curisti di continuare il mantenimento della cura a casa. Da qualche anno i fanghi di Montecatini sono utilizzati da un'azienda giapponese per la realizzazione di una crema – costosissima e soprattutto per il mercato asiatico – che conta sulla popstar Madonna come testimonial. Adesso le Terme

lanciano un prodotto per valorizzare i propri punti di forza. Scelta meritevole e positiva, anche se arriva in una fase molto complessa per la società.

MANELA Scaramuzzino, direttore sanitario, presenta i nuovi prodotti al momento acquistabili a Tettuccio e Redi e sul www.termemontecatini.shop. «Il passo successivo – annuncia – sarà la distribuzione nelle farmacie della Valdinievole fino ad arrivare in altre realtà. L'idea di realizzare questi prodotti nasce dalla necessità di consentire ai curisti, affetti da patologie croniche, di eseguire il mantenimento della terapia. Abbiamo così effettuato una serie di studi coi nostri medici, realizzando i prodotti in collaborazione con il laboratorio farmaceutico MR di Firenze». I tre integratori, confezionati all'interno di scatole con disegni che ricordano le decorazioni dei primi del Novecento, sono *Sali minerali* a base di potas-

sio, sodio e magnesio, *Digestivo Zerogas*, un integratore a base di anice per favorire la digestione e *Depurativo*, preparato lassativo. Tutti i prodotti contengono edulcoranti e sono privi di glutine.

IL SINDACO Luca Baroncini si dice soddisfatto per questo nuovo progetto e chiede agli albergatori di impegnarsi in prima linea per promuoverlo tra i turisti. «Questi nuovi prodotti – sottolinea il responsabile dell'amministrazione – fanno parte degli elementi che andranno ad aumentare i ricavi della società, nell'ottica dell'impegno per il risanamento aziendale. Spero che gli integratori vadano oltre gli spazi commerciali offerti dal sito di vendita dei prodotti delle Terme e delle farmacie locali. Ogni albergo di Montecatini dovrebbe avere almeno un espositore con questi integratori. La città deve essere coinvolta nella sua interezza in questa attività e garantisco che mi farò portatore del progetto in ogni contesto possibile».

Daniele Bernardini



La «bibita» al Tettuccio





Morello riduce i tempi di attesa

Sanità: risposta del direttore Asl alla lettera del sindaco di Pescia

NUOVE FASCE ORARIE
Il progetto di miglioramento comprende 4 medici, 8 tecnici specialistici e 7 infermieri

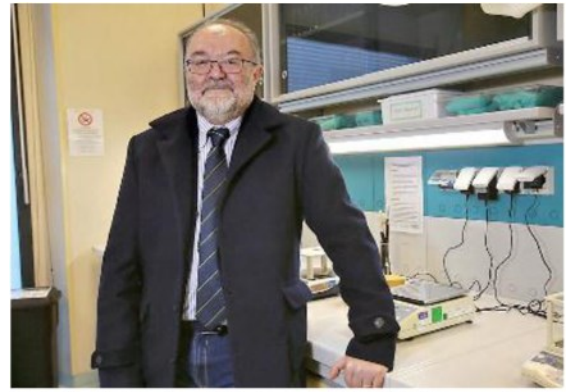
IL DIRETTORE generale della Asl Toscana Centro Paolo Morello Marchese ha risposto alla lettera aperta del sindaco di Pescia Oreste Giurlani: «Grazie dello spunto riflessione, riduciamo i tempi di attesa». Ha quindi avuto seguito la lettera aperta sulla sanità che Giurlani aveva indirizzato qualche tempo fa ai vertici dell'Azienda sanitaria, alla Regione e anche al ministero della Salute. La risposta, comprensiva di un progetto di miglioramento per la riduzione dei tempi di attesa dell'esecuzione di prestazioni di risonanza magnetica, è giunta dal direttore generale della Usl Toscana Centro Paolo Morello Marchese. Questi ringrazia Giurlani per l'attenzione mostrata per il presidio ospedaliero e per gli spunti di riflessione contenuti in essa.

«**NEL DETTAGLIO** – riporta il comunicato del Comune di Pescia – il progetto di miglioramento comprende quattro medici, otto tecnici specialistici e sette infermieri e prevede l'apertura, avvenuta nei giorni scorsi, di specifiche agende dedicate a questo tipo di esame. Dalla fine di settembre saranno operative delle sedute diagnostiche in nuove fasce orarie: 15-20 il sabato e 8-13 della domenica (sei turni complessivi in più). Il tutto in via sperimentale

fino alla fine del 2019, con un notevole incremento di prestazioni erogate».

«**E' QUESTA** una risposta – commenta Giurlani – che mi conferma la grande qualità della nostra offerta sanitaria, la sensibilità dei dirigenti che si sposa con la professionalità e disponibilità degli operatori. E' evidente che quando si fanno presenti dei problemi e subito otteniamo delle risposte concrete e operative, c'è la gratificazione di avere suscitato una soluzione a un grande problema. Da parte nostra intendiamo procedere su questa linea, fatta di valutazione continua e costante dei servizi, in piena sintonia con tutti quelli che lavorano alla nostra sanità, non cercando scoop o prime pagine con facile demagogia, ma ottenendo risultati veri e reali. La politica delle lettere anonime, tanto per dire, non ci appartiene. Preferiamo le lettere aperte, come questa».

INTANTO da ieri è preso il via lo screening mammografico per le donne 45enni residenti nei comuni della Valdinievole. L'esame potrà essere effettuato all'interno dell'unità mobile che fino al 9 ottobre è collocata alla Casa della Prevenzione di Montecatini. Fino a oggi sono state invitate a sottoporsi allo screening mammografico 1100 donne 45enni (nate nel 1974) e contemporaneamente sono stati riservati posti, come previsto dalla normativa regionale, alle donne di età compresa tra i 46 e i 49 anni che si presentano agli sportelli Cup con la richiesta del proprio medico di famiglia per prenotare l'esame preventivo.



Paolo Morello Marchese è il direttore generale dell'Asl Toscana Centro





Lo smartphone dà l'allarme. E l'infermiera arriva

I pazienti del Santo Stefano ora controllati a distanza. Allerta di colori diversi in base alla gravità

L'INFERMIERE con lo smartphone si accorgerà se state male o se i vostri parametri sanitari stanno cambiando. L'ospedale di Prato fa da apripista per la presa in carico dei pazienti con il monitoraggio a distanza dei degenti 24 ore su 24. Un servizio che funzionerà grazie a un sistema informatico di telemetria wireless che fornisce a medici e infermieri le minime variazioni dello stato di salute dei pazienti ricoverati in area medica e instabili dal punto di vista clinico.

DEI CIRCA 230 posti letto dell'area medica del Santo Stefano, 22 sono dedicati a pazienti da seguire in alta intensità di cura e di questi 14 sono controllati a distanza grazie a monitor e telemetrie, piccoli apparecchi portatili indossati

dai pazienti e collegati a tre smartphone in dotazione agli infermieri. L'Asl Toscana centro ha investito 150mila euro per attivare il sistema della telemetria senza fili. «È presto esportemo il progetto anche a Pistoia, Empoli, Firenze, Borgo San Lorenzo e Pescia», annuncia Giancarlo Landini, direttore Dipartimento specialistiche mediche. «Il sistema ha permesso di riorganizzare parte dell'area medica per malati anche con patologie come ictus, insufficienza respiratoria, sepsi. Tutti sono ora monitorati di continuo con apparecchiature mobili. Il vantaggio per i pazienti è quello di non venire mai spostati: sono gli infermieri a raccogliere i segnali di allarme che giungono sui loro smartphone. Ciascun infermiere valuta la gravità dell'allert in

base al codice colore - rosso, giallo e verde - e può intervenire in modo mirato sul paziente e avvisare il medico». Il progetto è entrato in funzione da poco più di un mese, dopo un anno e mezzo di messa a punto e di formazione di medici e infermieri. «Sono stati individuati criteri omogenei secondo i quali i pazienti vengono indirizzati dal pron-



to soccorso o da altri reparti a questi letti ad alta intensità di cura - aggiunge Landini - Nell'area medica è stato anche attivato un day service che aiuta il ricovero di quei pazienti che arrivano dal pronto soccorso e hanno bisogno di essere seguiti per qualche giorno». «Un sistema che sarà importante anche nel periodo del picco influenzale - gli fa eco Marco Rettori della direzione ospedaliera - perché potrà liberare posti letto in subintensiva». Sono tanti i vantaggi per i pazienti ricoverati nei letti ad alta intensità

di cura, che oltre ad avere un'assistenza sanitaria continua attraverso il wireless, hanno sia un medico tutor che un infermiere di riferimento oltre che un infermiere di percorso.

«L'ASSISTENZA sanitaria è personalizzata - spiega Massimo Di Natale, direttore della medicina II - e ogni degente ha un medico dal quale viene controllato ogni mattina, ma ha anche un infermiere di riferimento e un infermiere che lo segue dal giorno in cui entra in ospedale fino a quando viene di-

messo». La degenza media nei letti di alta intensità è di sei-sette giorni. Più efficiente la prestazione del personale infermieristico suddiviso nelle tre cellule: «La media è di un infermiere ogni otto pazienti», conclude Luisella Litta, coordinatrice infermieristica dell'ospedale. Finalmente il Santo Stefano, a quasi cinque anni dalla sua inaugurazione, parte con la prima vera organizzazione e gestione dei pazienti ad alta intensità di cura. Fino ad oggi non era stato possibile, ora qualcosa sta cambiando.

Sara Bessi



Prato apripista

Prato sta facendo da apripista al progetto innovativo che coinvolge anche la neurologia: esportemo questa novità negli ospedali di Pistoia, Empoli, Firenze, Borgo San Lorenzo e Pescia



Focus

Area medica

L'area medica conta circa 230 posti letto: 22 sono adesso ad alta intensità di cura. Di questi, 14 sono monitorati con telemetrie con monitor e sistemi mobili

Telemetria

La telemetria permette di monitorare in continuo lo stato di salute e di visualizzare la storia clinica del paziente a distanza e in modalità wireless



In breve

Investimento

L'Asl Toscana centro ha investito 150mila euro per attivare letti ad alta intensità di cura con telemetria senza fili: gli apparecchi mobili permettono di monitorare lo stato di salute e di visualizzare la storia clinica del paziente

Assistenza

Il nuovo sistema permette di ottimizzare le attività svolte dal personale infermieristico e medico. Il sistema lancia codici di allerta su smartphone in dotazione agli infermieri. Si evitano danni per la salute del paziente e si migliora la qualità dell'assistenza

Personale

I pazienti ricoverati letti ad alta intensità di cura hanno un medico ed un infermiere di riferimento che li seguono durante la degenza. Ogni paziente ha anche un infermiere di percorso che lo accompagna da quando entra a quanto esce dall'ospedale



Giancarlo Landini, direttore del dipartimento specialistiche mediche:
«Il vantaggio per i pazienti è quello di non venire mai spostati»



L'INTERVISTA PASQUALE PALUMBO**«Pronta una nuova area di cura per le persone colpite da ictus»**

NELL'AREA medica dell'ospedale Santo Stefano è stata attivata una stroke unit, ossia posti letto dedicati alla degenza e alla riabilitazione delle persone colpite da ictus. «Stiamo parlando di 14 letti - spiega Pasquale Palumbo, direttore area malattie cerebrovascolari e degenerative - di cui sette sono dedicati ai degenti colpiti da ictus e altri sette ai pazienti con traumi cranici, crisi epilettiche ricorrenti, encefalopatie gravi. E' un sistema flessibile che permette di attivare una graduazione ulteriore nella presa in carico dei pazienti. Prima di questa riorganizzazione dell'area medica, alcuni pazienti con instabilità clinica potevano, ad esempio, trovare sistemazione nella subintensiva. Adesso con questa soluzione, si apre una fase innovativa per quanto riguarda la neurologia e l'assistenza sanitaria di degenti che sono affetti anche da patologie differenti. Una situazione che è resa possibile dal fatto che sia le apparecchiature che il personale possono essere impiegati in modo flessibile». Un'organizzazione che va a colmare una vecchia lacuna del Santo Stefano, nato per seguire il modello dell'intensità di cura, ma finora rimasto al palo su questo versante. «Oggi abbiamo una rimodulazione dell'organizzazione e delle aree di cura - conclude Palumbo - e una ulteriore gradazione alla quale ricorrere per gestire al meglio alcune patologie clinicamente instabili senza necessariamente ricoverare i pazienti in area subintensiva o intensiva».

**Il dottor Pasquale Palumbo**

Scuola al via, vaccinate i bambini

«La copertura deve migliorare»

L'appello dell'Asl e i consigli per chi deve ancora mettersi in regola



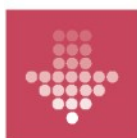
di **GIORGIO GAROFALO***

MANCANO pochi giorni all'ingresso a scuola di molti bambini ed è importante per tutti ed in modo particolare per i più piccoli essere protetti dal contagio di malattie infettive talvolta molto pericolose. Nel 2017 è stata istituita la legge sull'obbligo vaccinale per la fascia di età 0-16 anni e i due anni scolastici precedenti a quello che sta per iniziare sono stati utili per mettere a punto i sistemi di anagrafe vaccinale e le modalità di comunicazione tra il mondo della sanità e quello della scuola. L'anno scolastico 2019/20 è quindi il primo che vede l'avvenuta messa a regime della norma. In Toscana, grazie all'esistenza dell'anagrafe vaccinale unica ed informatizzata, la maggior parte delle famiglie (oltre il 90%) non ha dovuto presentare alla scuola alcuna documentazione in relazione alle vaccinazioni eseguite dai loro bambini, in quanto la scuola ha potuto avere prova della regolarità vaccinale attraverso l'interrogazione della anagrafica vaccinale informatizzata. I vaccini ricompresi nell'obbligo sono sostanzialmente due: un vaccino esavalente che protegge da difterite, tetano, pertosse, poliomielite, epatite B ed *haemophilus influenzae* di tipo B; un vaccino trivalente che protegge da morbillo, parotite e rosolia. Questo per i nati fino al 31 dicembre 2016, mentre per i nati dal primo gennaio 2017 è obbligatoria l'immunizzazione anche contro la varicella. E chi fosse risultato non in regola al momento dell'iscrizione? In questo caso i genitori hanno avuto l'incombente di esibire alla scuola entro il

10 luglio le certificazioni delle vaccinazioni eseguite (in altre regioni, in altre nazioni, o comunque per vari motivi non presenti in anagrafica) e questo ha permesso di aggiornare lo stato vaccinale nell'anagrafe stessa. Solamente per asilo nido e scuola dell'infanzia, in caso di effettiva mancanza di uno o più vaccini, l'iscrizione è stata confermata solo se, sempre entro il 10 luglio, i genitori hanno provveduto a richiedere un appuntamento per eseguire le vaccinazioni mancanti, secondo le modalità previste dall'Azienda sanitaria Toscana Centro, ovvero attraverso il Cup, che fornisce appuntamenti per tutte le prestazioni sanitarie erogabili. Inoltre bambini assistiti da un pediatra di libera scelta aderente all'accordo per le vaccinazioni possono essere vaccinati direttamente dal proprio pediatra. Sempre per quanto riguarda asilo nido e scuola dell'infanzia nei rari casi di non rispetto di quanto sopra la legge prevede l'impossibilità di perfezionare l'iscrizione con conseguente impossibilità di iniziare regolarmente la frequenza scuola. E' comunque sufficiente avviare in qualsiasi momento il percorso di recupero della o delle vaccinazioni mancanti per essere riammessi alla frequenza. Negli ultimi anni si è verificato un calo generalizzato delle coperture vaccinali, ma solo negli ultimi due anni abbiamo assistito ad una auspicata inversione del trend negativo; le coperture vaccinali hanno avuto un significativo incremento, pur non essendo ancora ottimali per tutti i vaccini; l'incremento maggiore si è registrato soprattutto nei più piccoli e questo fa ben sperare. Vaccinarsi è importante per i bambini, per gli adulti, le donne in gravidanza, le persone anziane. Richiede poco tempo ed è gratis.

* direttore area Asl igiene pubblica



**Focus****In breve**

Ci pensa il pediatra Oppure rivolgersi agli ambulatori Asl

La vaccinazione può essere effettuata dal pediatra di famiglia. Inoltre gli ambulatori pediatrici dell'Azienda Usl Toscana Centro effettuano le vaccinazioni previste dal calendario regionale vigente. Per prenotare la vaccinazione è possibile telefonare al Cup al numero **0574.805050** da lunedì a venerdì dalle **7.45 alle 18.30**

Investimento

L'Asl Toscana centro ha investito 150mila euro per attivare letti ad alta intensità di cura con telemetria senza fili: gli apparecchi mobili permettono di monitorare lo stato di salute e di visualizzare la storia clinica del paziente

Assistenza

Il nuovo sistema permette di ottimizzare le attività svolte dal personale infermieristico e medico. Il sistema lancia codici di allerta su smartphone in dotazione agli infermieri. Si evitano danni per la salute del paziente e si migliora la qualità dell'assistenza

Personale

I pazienti ricoverati letti ad alta intensità di cura hanno un medico ed un infermiere di riferimento che li seguono durante la degenza. Ogni paziente ha anche un infermiere di percorso che lo accompagna da quando entra a quanto esce dall'ospedale



L'Asl Toscana centro lancia un appello per la vaccinazione obbligatoria nell'eta 0-16 anni

Ansia da New Delhi molti chiamano le Asl e gli ospedali

Decine di telefonate di cittadini per sapere come si contrae il superbatterio. Via ai test molecolari

«Ma come si prende questo New Delhi?». Oppure: «Ho la febbre, come faccio a sapere che ho preso quel batterio?». Asl e centralini degli ospedali toscani hanno cominciato a ricevere telefonate di questo tipo da parte di pazienti che sono stati in ospedale o che non lo sono stati affatto. Cresce la preoccupazione, ma va ricordato che i casi di infezione da New Delhi negli ospedali toscani nel giro di poco meno di un anno sono 64 e fra questi diciassette i decessi per i quali però non sappiamo ancora se correlati al super batterio resistente agli antibiotici o ad altre patologie di cui soffrivano i pazienti.

Ieri al termine di una lunga riunione in Regione sono state prese alcune decisioni, come aveva anticipato a *Repubblica* il capo della Salute toscana Carlo Tomassini: dal 16 settembre verrà progressivamente esteso il passaggio dalla diagnostica tradizionale al test molecolare, cioè il quick test, per accelerare i tempi di screening riguardo alla diffusione del New Delhi. Allo stesso tempo, in un'ottica di massima trasparenza e informazione al pubblico anche al fine di non creare allarmismi ma nemmeno di sottovalutare il fenomeno, dall'11 settembre sul sito dell'Ars verranno pubblicati aggiornamenti settimanali dei dati del monitoraggio sulla presenza del super batterio negli ospedali toscani, avviato a maggio.

All'incontro assieme al direttore Carlo Tomassini c'erano due rappresentanti dell'unità di crisi, le direzioni generali e sanitarie delle Asl e delle Aou e Ars.

«Riguardo al monitoraggio – fanno sapere dalla Regione – saranno pubblicati, per presidio ospedaliero, i dati sull'isolamento del batterio nel sangue dei pazienti, il numero di test di screening positivi, la percentuale dei decessi nei pazienti in cui è stato isolato il batterio».

Riguardo allo screening, il test molecolare, «garantisce una maggiore rapidità nella risposta, che passerà dai due giorni della diagnostica tradizionale alle 2-6 ore, riducendo il carico organizzativo per l'isolamento dei pazienti in attesa della risposta» viene spiegato dall'assessorato. Tagliare i tempi dell'esito del tampone è importante perché permette intervenire subito con la cura.

Il 16 settembre ci sarà poi una riunione con i responsabili delle varie case di cura toscane per fissare lo screening di ingresso anche lì a chi viene ricoverato. Impossibile invece farlo per tutti i ricoverati nelle Rsa. Importante poi l'attenzione all'igiene (come da disposizioni regionali varate a luglio) delle mani, l'uso del gel idroalcolico e salviette, igienizzanti, mascherine e guanti. Il New Delhi poi approda alla Camera con una interrogazione di Stefano Mugnai (Forza Italia) al ministro della Salute.

– **l.mon.**



EMERGENZA SANITARIA IN TOSCANA: IL CASO NEW DELHI

Test più rapidi e dati sul web, il piano contro il super batterio

Screening su tutti i pazienti che entrano negli ospedali e maggiore prevenzione
Le misure della Regione per evitare che il germe Ndm possa ripetersi o replicarsi

Controlli e sorveglianza vengono estesi anche alle cliniche private e (in parte) alle Rsa

Luca Signorini

FIRENZE. «Abbiamo messo in atto una serie di misure in modo da evitare che il batterio possa ripetersi o replicarsi», afferma l'assessore regionale alla Sanità, Stefania Saccardi. Aggiornamenti costanti dei dati del monitoraggio sulla presenza del batterio killer, il New Delhi, test molecolari a risposta rapida, convenzioni con le case di cura private e le residenze sanitarie. Sono queste le decisioni prese ieri a Firenze nel vertice convocato per contrastare la diffusione del batterio che dal novembre 2018 a oggi avrebbe "colonizzato" 564 persone e provocato 17 morti sospette su 67 casi certi di infezione nel sangue registrati negli ospedali della Toscana; il Cisanello di Pisa su tutti, con una trentina di casi.

Alla riunione operativa erano presenti il direttore del Dipartimento sanità Carlo Tomassini, gli esperti dell'unità di crisi, le direzioni generali e sanitarie delle tre Asl toscane e l'Agenzia regionale della sani-

tà. Nessun allarme - viene ripetuto - ma comunque attenzione massima verso l'enzima New Delhi metallo beta lactamase (Ndm), un farmaco-resistente variante della klebsiella, germe solitamente presente nella mucosa respiratoria e nell'intestino dell'uomo. «Sepur contenuti, i numeri sono superiori a quelli che normalmente ci aspettiamo», dice Saccardi.

MONITORAGGIO SUL WEB

Da domani (mercoledì 11) sul sito internet dell'Agenzia regionale di sanità - all'indirizzo www.ars.toscana.it - saranno consultabili i dati del monitoraggio sulla presenza del batterio nei pazienti ospedalieri in Toscana. La rilevazione, iniziata nel maggio scorso, sarà aggiornata ogni settimana. Ad essere pubblicati saranno i dati sull'isolamento del batterio nel sangue dei pazienti, il numero di test di screening positivi, la percentuale dei decessi nei pazienti in cui è stato isolato il batterio.

IL TEST MOLECOLARE

Accelerare i tempi del passaggio dallo screening con la diagnostica tradizionale al più rapido test molecolare, il cosiddetto quick test. È l'impegno preso ieri dalle direzioni sanitarie delle Asl. Per l'identificazione dei pazienti colonizzati

dal New Delhi, il test molecolare è in grado di garantire una maggiore rapidità nella risposta, che passerà dai due giorni della diagnostica tradizionale alle 2-6 ore. Allo screening verranno sottoposti tutti i pazienti in ingresso all'ospedale al momento del ricovero.

CLINICHE PRIVATE E RSA

La campagna di sorveglianza si estende anche ai presidi ospedalieri privati, grazie a un accordo con l'Associazione italiana ospedalità privata (Aiop). Lunedì 16 è in programma la riunione organizzativa: la raccomandazione della Regione è l'incremento delle attività di prevenzione e di screening. Per quanto riguarda le Residenze sanitarie assistenziali, l'esame di diagnostica verrà fatto soltanto a chi entra in Rsa dall'ospedale. «Non è tecnicamente proponibile un test d'ingresso per tutti i pazienti che entrano nelle Rsa», precisano da Firenze.

LA PREVENZIONE

Sono le misure sul piano igienico da seguire durante le pratiche cliniche, sia per i pazienti che per gli operatori. Tra queste, cura e igiene delle mani anche con l'uso del gel idroalcolico e di salviette igienizzanti alla clorexidina, mascherine e guanti, e interventi di isolamento da contatto. —



ALLA CAMERA

Interrogazione di Mugnai (Fi) al ministro Speranza

Il vicepresidente del gruppo di Forza Italia alla Camera, Stefano Mugnai, ha presentato un'interrogazione urgente al ministro della Salute Roberto Speranza sull'aumento di positività al batterio Ndm rilevato tra la fine del 2018 e l'inizio del 2019 tra i pazienti degli ospedali della Toscana. Mugnai chiede «quale sia la situazione e la diffusione dell'infezione in Italia, e in particolare del focolaio toscano» e «cosa intende fare il ministero per sorvegliare e contenere il rischio infettivo». In Toscana, ricorda Mugnai, «il batterio è stato rintracciato in 546 portatori sani, 64 sono i pazienti risultati positivi e di questi 17 sarebbero deceduti a causa del batterio». —



Test più rapidi per scoprire la presenza del batterio New Delhi

MASSA

Asl fa il punto dei ticket non pagati e invia 67.000 avvisi in provincia

Accertamenti dal 2014 al 2016 a chi non ha versato i soldi o non ha disdetto le visite non fatte



L'ingresso dell'ospedale delle Apuane

Non sono raccomandate, non ancora. Quelli finiti, in questi ultimi mesi, nelle cassette della posta sono avvisi bonari, documenti con cui l'azienda sanitaria informa che non sei in regola con i pagamenti perché sei stato al pronto soccorso, ti sei sottoposto a visite e controlli, ma non hai pagato. O hai pagato meno del dovuto. O magari alla visita neppure ci sei andato perché avevi un impegno, ma ti sei dimenticato di disdire. E adesso devi pagare. Ben 67.000 avvisi in provincia e una previsione di incasso di oltre 1,5 milioni di euro da parte di Asl. / INCRONACA

SOLDI E SALUTE

Visite non pagate e mancate disdette, l'azienda sanitaria invia 67.000 avvisi

Accertamenti dal 2014 al 2016. A breve anche quelli del 2017 e 2018. Previsto un incasso di oltre 1 milione e mezzo

A molti viene chiesto il ticket non versato dopo essere stati in pronto soccorso

Chiara Sillicani

MASSA. Non sono raccomandate, non ancora. Quelli finiti, in questi ultimi mesi, nelle cassette della posta sono avvisi bonari, documenti con cui l'azienda sanitaria informa che non sei in regola con i pagamenti perché sei stato al pronto soccorso, ti sei sottoposto a visite e

controlli, ma non hai pagato. O hai pagato meno del dovuto. O magari alla visita neppure ci sei andato perché avevi un impegno, ma ti sei dimenticato di disdire nella 48 ore precedenti l'appuntamento. Quindi che tu la visita l'abbia fatta o meno, sei comunque tenuto a sborsare i soldi del ticket.

L'azienda sanitaria si è messa al lavoro, ha raffrontato l'elenco delle prestazioni erogate tra il 2014 e il 2018 con quello degli avvenuti pagamenti ed ha verificato che di posizioni che non tornano ce ne sono a bizzeffe, oltre 67.000. Ha

quindi inviato altrettanti avvisi. E altri ne invierà perché fino ad ora gli uffici dell'Asl hanno fatto il punto sugli anni 2014, 2015 e 2016. Ma proprio in questi giorni stanno passando al setaccio pure il 2017 e 2018.

Chi non ha pagato prima



del 2014 può dormire sonni tranquilli: il mancato pagamento si prescrive - come prevede la normativa in materia fiscale - in 5 anni. Dunque il recupero crediti si ferma al 2014 e non può estendersi agli anni precedenti. Ben 67.000 avvisi bonari, dunque, spediti in tutta la provincia e non soltanto. Perché tra chi si vede richiedere ticket non pagati ci sono anche pazienti che arrivano da fuori, in gran parte dalle vicine Asl liguri. Con l'avviso l'azienda ti informa, indica quanto devi pagare e ti invita a regolarizzare la tua posizione. Non ci sono more o interessi, ma 5 euro per le spese postali. Nel caso il pagamento non scatti, allora verrà inviata un raccomandata e i soldi dovuti ad Asl diverranno credito pubblico. Tradotto: scatta la procedura con l'agenzia delle entrate e l'iscrizione a ruolo.

Di quei 67.000 avvisi, quasi 39.000 sono stati spediti a chi - da quanto risulta nei database Asl - non ha pagato il ticket in pronto soccorso, ticket dovuto per i codici "minori", (quelli non collegabili a patologie gravi o acute). Sono, invece, 17.625 gli avvisi per mancate disdette: sì perché chi prenota una visita, può avvisare l'azienda e non presentarsi. Ma lo deve fare almeno 48 ore prima dell'appuntamento. Se la disdetta non c'è o arriva in ritardo, il ticket deve essere versato. Come se il paziente sul lettino del dottore si fosse sdraiato. Poi ci sono pure quelli che visita o esame se lo sono fatto, ma senza metter mano al portafoglio. Circa 10.500 persone a cui adesso l'Asl ha presentato il conto.

Senza dimenticare che alla stesso paziente potrebbero arrivare più avvisi nel ca-

so a suo nome risultasse più di un mancato pagamento o nel caso in cui si fosse rivolto più volte, per cose non gravi, al pronto soccorso, ma senza aver mai fatto tappa al Cup per pagare.

Una miriade di avvisi, quindi, e soldi che l'azienda sanitaria conta di riportare in cassa. E non si tratta di bruscolini: se tutti i 67.000 pazienti a cui si chiede di mettersi in regola lo facesse, nel portafoglio dell'azienda entrerebbe oltre 1,5 milioni di euro.

Parte dell'importo è già stato incassato perché i primi avvisi sono arrivati nei mesi scorsi e molti hanno pagato. L'importo esatto non è ancora disponibile perché ancora non sono state ultimate le operazioni di contabilizzazione. Soldi, comunque, che saranno a disposizione della sanità apuana. —

 BY-NC-ND/ALCUNI DIRITTI RISERVATI

IL SERVIZIO

Ufficio ad hoc e tre operatori per tutti i dubbi dei cittadini

MASSA. Il dottor **Alberto Moruzzi** è il direttore dell'unità Asl per il recupero crediti e i rapporti assicurativi. Già all'arrivo dei primi avvisi bonari, in primavera, spiegava che quella in corso è una normale attività istituzionale e assicurava «massima disponibilità nei confronti dei pazienti».

Massima disponibilità che rinnova oggi ricordando che «nell'avviso recapitato a casa vengono indicati il

numero di telefono e la mail dedicati» al recupero credito. L'azienda sanitaria, infatti - come ricorda il dottor Moruzzi - ha creato un ufficio ad hoc e in quell'ufficio ha impegnato tre operatori per fornire nel minor tempo possibile informazioni e risposte esauritive a chiunque abbia ricevuto la richiesta di pagamento da parte dell'azienda sanitaria e voglia saperne di più. Il medico ricorda inoltre che chi fosse in grado di dimostrare di essere in regola, può presentarsi all'ufficio, al secondo piano della direzione in via Don Minzoni a Carrara, per fornire quanto necessari a provare la regolarità della sua posizione. Ricevute di avvenuto pagamento in primis. —



L'ingresso al pronto soccorso dell'ospedale delle Apuane



Niente ambulanza, va a prendere la moglie col carretto

Alle 13 i medici gli comunicano che la moglie può essere dimessa dall'ospedale. Il marito, Alberto Pieroni, chiama un'ambulanza per accompagnarla a casa (la donna ha problemi a muoversi), ma il mezzo non arriva. E allora, dopo oltre tre ore di attesa, torna a casa, prende il carretto di zinco che abitualmente usa per i "lavoretti" e con quello si presenta al Noa. «Non è possibile aspettare così tanto, farò una denuncia contro l'Asl», dice Pieroni. / IN CRONACA

ALL'OSPEDALE DELLE APUANE

L'ambulanza non arriva va a prendere la moglie con il carretto di zinco

Alberto Pieroni voleva portarla a casa dopo ore di attesa:

«Un paziente non può aspettare così tanto. Io denuncio»

Chiara Sillicani

MASSA. Alle 13 i medici del pronto soccorso gli comunicano che la moglie può tornare a casa. E lui, **Alberto Pieroni**, il marito, storico presidente di associazione venatorie, chiede un'ambulanza: la signora spiega - ha problemi lombari, la schiena le fa male e pensare di farla salire in macchina è impossibile. La chiamata all'ambulanza parte, ma il mezzo non arriva. Non dopo un'ora, non dopo due, non dopo tre e Alberto va su tutte le furie. Decide di portarla a casa lui, sua moglie. E se non può stare seduta, beh la farà

sdraiare. Raggiunge la loro abitazione, a circa 600 metri dal Noa, prende il carretto di zinco che usa per il fai da te, lo pulisce accuratamente. Poi sopra stende una coperta e si mette "in viaggio". Percorre viale Mattei e si presenta, carretto-munito, all'ingresso del pronto soccorso. Ai medici chiede di poter sistemare la moglie su quel mezzo a due ruote per riportarla a casa. E la risposta, chiaramente, è negativa: «Ma vi pare possibile - Pieroni si sfoga al telefono - che dopo quasi 4 ore dalle dimissioni, mia moglie sia ancora in attesa di un'ambulanza? È arrivata questa mattina: abbiamo chiamato il 118 perché

accusava forti dolori lombari. È stata sottoposta ai controlli, quindi dimessa alle 13. Ma alle 16 di ambulanze non c'era neppure l'ombra, così ho deciso di portarla a casa io». L'opzione macchina Pieroni la esclude: «Non ce la fa a sedersi, altrimenti avrei portato l'automobile o chiesto una se-



dia a rotelle visto che abitiamo poco distante. Mia moglie ha bisogno di stare sdraiata, per questo ho deciso di venire a prenderla con il carretto. Ho sistemato una coperta spessa perché possa stare comoda e non farsi male». Dai medici il no è secco: non se ne parla di trasportare una paziente in carretto: «Ho già contattato i carabinieri e la questura. Domani - prosegue Pieroni - formalizzerò la mia denuncia. Denuncio perché mia moglie era formalmente dimessa, ma le è stato impedito di uscire e perché ritengo inammissibile che un paziente, dopo le dimissioni, attenda ore per rientrare a casa».

A casa la moglie di Pieroni ci torna, quasi alle 18, cinque ore dopo le dimissioni. Ma con l'ambulanza: «È arrivata finalmente, ma dopo la mia telefonata in questura». E dopo un carretto posteggiato all'ingresso del pronto soccorso. —

IL PUNTO

A maggio scorso altre lunghe attese L'Asl chiariva i motivi del disservizio

Che un problema con le ambulanze ci sia, l'Asl non lo ha mai nascosto. Non un problema con i mezzi per l'emergenza, ma con quelli che si occupano di accompagnare a casa i pazienti dopo cure o ricoveri. A fare il punto, a maggio,

era il dottor Andrea Nicolini, responsabile della centrale operativa. Spiegava che «le ambulanze per i trasferimenti sono messe a disposizione dalle associazioni e sono un numero limitato». E hanno parecchio da fare: ricoveri, di-

missioni, trasferimenti. «La richiesta del mezzo - proseguiva il medico - può essere fatta dal reparto attraverso un'applicazione o telefonicamente. Via web sono attivate le richieste programmabili il giorno prima, le altre sono inoltrate via telefono. Se molti pazienti sono dimessi nella stessa fascia oraria, può succedere che non vi siano ambulanze. Certo la programmazione per i reparti non è affatto semplice visto il tipo di lavoro che sono chiamati a svolgere».



Alberto Pieroni con il carretto di zinco all'uscita del pronto soccorso destinata alle ambulanze

PIOMBINO

In rivolta i medici del pronto soccorso

Da lunedì 5 medici (sui 15 totali) del pronto soccorso potrebbero lasciare l'ospedale per un braccio di ferro con l'Asl. **CORSI / INCRONACA**

I medici del pronto soccorso in rivolta

Da lunedì in 5 (su 15) minacciano di lasciare Villamarina. Il sindacato: «Dall'azienda proposta offensiva, 5 euro l'ora»

Il direttore dell'Asl, Casani: inaccettabile, sarebbe interruzione di pubblico servizio

Giulio Corsi

PIOMBINO. Da lunedì prossimo 5 medici (sui 15 totali) del pronto soccorso di Piombino potrebbero lasciare l'ospedale. Si tratta dei medici del 118, legati all'Asl da una convenzione che prevede il loro impiego sulle ambulanze e, solo su base volontaria, anche l'attività ospedaliera per supportare le attività del pronto soccorso e sopperire alla sua atavica carenza di organico.

La decisione, che sarebbe clamorosa e manderebbe in tilt la struttura d'emergenza guidata dal primario **Paolo Cannito**, è il frutto di un durissimo braccio di ferro tra i medici (attraverso i loro sindacati) e l'Asl. Al centro del contendere c'è il trattamento economico che non prevede incentivi e indennità per questa categoria di professionisti, operanti in un settore delicatissimo, sottoposto a una pressione eccezionale.

La trattativa va avanti da inizio estate: i medici avevano dato all'Asl un ultimatum per il primo settembre, poi hanno concesso altri 15 giorni «come ennesima dimostrazione di senso di responsabilità e per dare il tempo all'azienda di formulare una sua proposta», spiegano - interpellati dal *Tirreno* - **Giovanni Belcari, Al-**

berto Nannelli e Umberto Vetrano, del sindacato Snam.

Ma la proposta è stata giudicata «irricevibile ed umiliante».

«Hanno messo sul tavolo 5 euro l'ora per le prime 48 ore in pronto soccorso e 10 lorde per le seconde 72 ore - spiegano i tre medici-sindacalisti -. Davanti a queste cifre ridicole e offensive i colleghi hanno risposto no».

E così dal 16 settembre i convenzionati del pronto soccorso di Piombino e Cecina, e dal primo ottobre quelli di Castelnuovo Garfagnana, lasceranno l'ospedale.

Ci sono ancora sei giorni per evitare il caos. E gli stessi sindacati lasciano la porta aperta a uno spiraglio. «Siamo al lavoro per tentare l'ultima carta prima del disastro - spiegano ancora Belcari, Nannelli e Vetrano -, proprio oggi (ieri, ndr) abbiamo sottoposto all'azienda la nostra ultima apertura con una controproposta. Tra l'altro interverrà anche il presidente dell'Ordine dei Medici per provare a risolvere questo inedito e gravissimo conflitto».

Giorgio Fabiani, del sindacato Smi, sembra più possibilista: «Siamo il fiore all'occhiello dell'ospedale e sentiamo forte la responsabilità del nostro ruolo - dice -. Siamo in attesa di valutare le proposte dell'azienda: su come comportarsi abbiamo lasciato libero arbitrio ai colleghi. Sul tavolo non c'è solo la parte economica, ma anche le malattie e la maternità ad esempio, e su queste abbiamo notato aperture».

Di certo la strada non è in di-

scesa: si sa che l'azienda potrebbe convocare il prossimo tavolo il 18 settembre, ma potrebbe essere troppo tardi, visto che la data decisa dai medici per lasciare l'ospedale è il 16 settembre.

E così il rischio è che si crei una vera e propria voragine nell'organizzazione del pronto soccorso che di fatto ne paralizzerebbe l'attività.

Ieri pomeriggio il direttore generale dell'Asl, **Maria Letizia Casani**, ha ricevuto la comunicazione della decisione dei medici. Che cosa farà l'azienda per coprire i turni e garantire il servizio? «I medici non possono mettere in atto un'azione del genere, perché sarebbe interruzione di pubblico servizio e noi non possiamo accettarlo - spiega al *Tirreno* la Casani -. Finché non troveremo un accordo dovranno continuare l'attività. Non possiamo lasciare i cittadini senza medici, non cederemo ai ricatti».

La posizione dei sindacati tuttavia da questo punto di vista è assai diversa: «Uscire dal pronto soccorso - hanno spiegato i rappresentanti dello Snam - è stata una volontà chiara dei medici fin dallo scorso luglio, ed è una decisione impeccabile dal punto di vista



legale e contrattuale, come ha confermato l'ordine di servizio che l'azienda aveva emanato due mesi ma che è stato sanato dal prefetto di Lucca, che ha dato totale ragione allo Snam. La convenzione prevede che i medici lavorino sulle ambulanze, non in ospedale».

Insomma, è chiaro che la trattativa viaggi su un binario molto complicato. La Casani tuttavia pensa positivo: «Non vogliamo un braccio di ferro, siamo disponibili al confronto. Abbiamo un tavolo aperto, abbiamo fatto proposte aggiuntive, vale a dire un pacchetto di ore con un compenso che arriva fino a mille euro circa al mese in più. Non so quale sia l'aspettativa di questi medici, ma a me mille euro non sembrano pochi». —



L'arrivo di un'ambulanza al pronto soccorso

LA SCOPERTA

Una spina potrebbe salvarci dai rischi del 5G per la salute

Ne ha parlato l'esperto di elettrosmog Giorgio Rossi durante un incontro a Gamberame: «Il dispositivo è già stato certificato da due università»

«L'elettromagnetismo fa male, ma non basta. Bisogna trovare anche delle soluzioni»

PRATO. Si dibatte molto sull'avvento del 5G: da una parte i vantaggi per la velocità di trasmissione con Prato che è una delle città sperimentali di questo sistema dall'altro i tanti movimenti No 5G che mettono in risalto i danni che provocano le onde elettromagnetiche nei confronti di tutti gli esseri umani. Al centro civico di Gamberame è intervenuto **Giorgio Rossi** che da più di 20 anni studia problematiche inerenti all'elettrosmog e alla radiofrequenza ed è referente del movimento ambientalista EcoItaliaSolidale del Friuli Venezia Giulia. «Posso affermare che se qualcosa non è naturale è innaturale il vero problema è determinare il rischio e trovare un ombrello - spiega Rossi - tutti parlano del problema e quasi nessuno cerca soluzioni». In base ai suoi studi qual'è il vero problema? «In questo momento abbiamo dei campi elettromagnetici a bassissima frequenza di tipo non ionizzante, tanto per capirci, quelli che alimentano la rete elettrica di casa nostra. Quando un organismo è esposto a campi a bassa fre-

quenza (ad es. a 50 o 60 Hz), le relative onde elettromagnetiche sono in grado di passare attraverso il corpo provocando all'interno dell'organismo un flusso di corrente elettrica, che può causare delle importanti alterazioni nelle normali funzioni biologiche. Queste correnti indotte si sovrappongono a quelle endogene, cioè generate dallo stesso organismo umano durante il suo normale funzionamento. Ciò può pertanto causare nell'uomo effetti acuti e cronici». La domanda più ricorrente e più angosciante durante la serata è stata: che cosa possiamo fare? «Provo ancora un brivido quando penso ad una signora che con gli occhi lucidi mi ha chiesto: "Mi può suggerire qualcosa?". Come ci hanno ridotto, come ci hanno manipolato. L'uomo, essere pensante, deluso da se stesso e consapevole di essere con le spalle al muro, chiede aiuto. Il mio impegno nella ricerca, si basa proprio sul fatto che: "Se c'è un problema, esiste anche la soluzione". Le persone necessitano di una risposta». Quale potrebbe essere? «Saremo irradiati dalla terra e dal cielo attraverso i satelliti e anche se vorremo non potremo più sottrarci alle radiazioni - conclude Rossi - cosa signifi-

ca questo per chi è sensibile, malato e per i più piccoli? Ci raccontano la verità? Davvero le radiazioni non provocano danni? Preferiamo avere alberi o antenne? Chi "toglie la vita" ad un altro è un "assassino criminale", non può essere considerato un "genio". Eppure, oggi si pensa di poter vivere di sole "antenne". Abbiamo due università che ci hanno certificato un sistema per inibire tutto questo attraverso un dispositivo elettrico (una spina) che inibisce le onde all'interno di una stanza». In conclusione? «Negli ultimi anni, nuove scoperte, hanno dimostrato che esistono evidenti "danni biologici" ed evidenziato la pericolosità che generano i processi fisici artificiali come l'elettrosmog e la radiofrequenza già considerati capaci di generare un rischio per la salute dell'uomo di classe 2b (possibile cancerogeno). Valutazione che nel caso della radiofrequenza, che fa uso di micro onde, vede la stessa organizzazione della sanità considerarla sottostimata. E' fondamentale affermare il principio di precauzione e prevenzione e a seguire troviamo soluzioni. La prima potrebbe essere quello di smettere di usare il cellulare. Tutti però». —

Veziro Trifoni





Giorgio Rossi, esperto di elettrosmog di Ecoitalia Solidale

Ricerca e innovazione

In Lombardia si inventano le terapie che mancano

Con gli appalti pre commerciali la Regione finanzia lo sviluppo di esoscheletri per la riabilitazione dall'ictus, oltre a nuove tecniche per prevenire l'infarto

LUIGI MERANO

■ Non esistono le terapie per guarire tutte le malattie esistenti. A parte quelle rare, accade che pure per alcune patologie molto diffuse siano necessari approcci terapeutici innovativi per i quali mancano tuttavia i supporti tecnologici. Per ovviare a questa mancanza l'assessorato per la Ricerca, Innovazione, Università, Export e Internazionalizzazione della Regione Lombardia utilizza uno strumento innovativo: l'appalto pre commerciale (in proposito si veda l'articolo a fianco).

Il meccanismo è semplice e complesso al medesimo tempo. Dopo aver individuato i fabbisogni tecnologici, destinati a risolvere esigenze specifiche di medici e pazienti attraverso una ricognizione puntuale dei bisogni esistenti, nella seduta di giunta del 28 dicembre dello scorso anno, la Regione Lombardia ha varato alcuni bandi di gara per far incontrare domanda e offerta su due temi specifici: la realizzazione di un'innovazione tecnologica per valutare la fragilità della placca aterosclerotica coronarica, e la realizzazione di un sistema meccatronico esoscheletrico. Tecnologie, queste, non ancora presenti sul mercato e delle quali la Regione Lombardia finanzia l'ideazione e la realizzazione. È l'ente pubblico a pagare la ricerca, lo sviluppo e la sperimentazione per arrivare alla tecnologia destinata a soddisfare i fabbisogni indicati nell'appalto pre-commerciale.

PRODOTTI CHE NON CI SONO

La particolarità dell'iter sta nella formulazione del bando: a chi ha risposto, la Regione non chiede prodotti o servizi disponibili sul mercato, quanto la ricerca e lo sviluppo di soluzioni innovative ex novo, in questo caso in campo me-

dico, a partire dalle indicazioni che gli addetti ai lavori hanno sottoposto alla Regione medesima.

Il tutto parte da una ricognizione puntuale dei fabbisogni in ambito medico e da una validazione del presupposto per l'esperimento di un appalto pre-commerciale. In pratica, le Aziende socio sanitarie territoriali (Asst) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) e il personale medico che vi lavora, hanno indicato quali esigenze dei pazienti rimangono insoddisfatte con le procedure e le tecnologie a disposizione. Così la Regione Lombardia, riscontrata l'indisponibilità sul mercato, si è fatta carico di mettere a bando la richiesta di nuove soluzioni. L'obiettivo di questi appalti è preciso: individuare e sviluppare nuove soluzioni per rispondere a esigenze terapeutiche precise.

GARE APERTE

Uno dei due appalti attivi è al momento quello destinato a soddisfare il fabbisogno medico indicato dal Dipartimento di Scienze Neuro riabilitative della Casa di Cura del Policlinico di Milano che punta a risolvere il problema dei pazienti disabili che hanno bisogno della riabilitazione degli arti superiori, i quali sarebbero il 77% del totale, in massima parte colpiti da ictus. Una riabilitazione che richiede un esoscheletro intelligente, in pratica un apparato meccatronico da applicare alle spalle e alle braccia del paziente, in grado di gestire la riabilitazione motoria. Il dispositivo, che tuttora manca, dovrebbe consentire all'equipe specializzata che segue ogni singolo paziente di pianificare e fargli eseguire una vasta gamma di movimenti personalizzati, in base ai danni subiti e alle potenzialità di recupero che variano molto da un caso all'altro. Di più: in base al recupero funzionale degli arti ot-

tenuto e agli esiti di elettroencefalogramma ed elettromiografia, gli specialisti dovrebbero poter adattare la terapia durante la riabilitazione.

La procedura prevede una durata della fase di ricerca e sviluppo complessivamente di 28 mesi. L'importo totale impegnato è di 2.609.745,91 euro più Iva, 105.557,38 euro per ciascun concorrente che si sia aggiudicato il bando.

GUAI ALLE CORONARIE

L'altro bando di gara è stato attivato dalla Azienda socio sanitaria territoriale di Pavia sempre nell'ambito di una gara pre-commerciale per la ricerca e lo sviluppo di un sistema capace di valutare la fragilità della placca aterosclerotica coronarica.

Come strumento innovativo, l'appalto pubblico pre commerciale è promosso in modo specifico dalla legge regionale 29/2016 «Lombardia è ricerca e innovazione». Prevede l'affidamento con aggiudicazione plurima in più fasi di un contratto pubblico per servizi di ricerca applicata e sviluppo sperimentale. La Regione condivide rischi e benefici della ricerca a costi di mercato. Con il vantaggio di poter comparare e testare diverse alternative tecnologiche prima di procedere a un appalto di fornitura.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le applicazioni entrano nel vivo

Quasi pronti quattro prototipi sui sei progettati

■ Le due gare pre commerciali bandite dalla Regione Lombardia sono entrate nel vivo. Per quella relativa alla fragilità della placca aterosclerotica coronarica sono pervenute due offerte da parte di altrettanti operatori economici che si sono aggiudicati entrambi la prima fase. Attualmente stanno lavorando tutti e due alla realizzare del prototipo per la soluzione innovativa che in caso di validazione sarà sperimentato velocemente.

Per la gara relativa all'esoscheletro meccatronico sono pervenute sei offerte da parte di altrettanti operatori. Quattro si sono aggiudicati la fase di ricerca, dei quali due stanno lavorando per realizzare il prototipo della soluzione proposta. Pure in questo caso, se i prototipi saranno validati, passeranno alla fase tre: la sperimentazione.



La sperimentazione di un esoscheletro meccatronico



Strumento europeo

Ente pubblico e privati condividono i rischi e tagliano tempi e costi

■ L'appalto pubblico pre-commerciale, abbreviato in Pcp, è un istituto di derivazione europea finalizzato a promuovere l'innovazione tecnologica con l'acquisto non in esclusiva di servizi di ricerca applicata e sviluppo sperimentale. L'approccio prevede la condivisione dei rischi e dei benefici alle condizioni di mercato tra acquirente pubblico e aggiudicatari dell'appalto, in virtù della quale diverse imprese sono chiamate a sviluppare, in modo parallelo e concorrente fra loro, soluzioni innovative - non ancora presenti sul mercato - idonee a fronteggiare le esigenze e le sfide poste dal settore pubblico.

Con l'appalto pubblico pre-commerciale la Regione Lombardia si propone di stimolare l'innovazione chiedendo a più imprese di sviluppare soluzioni innovative - a partire dall'ideazione e fino allo sviluppo iniziale di quantità limitate di prodotti o servizi in forma di serie sperimentali - idonee a fronteggiare un problema posto dalla stazione appaltante, consentendo all'acquirente pubblico, ad esempio gli istituti di ricovero a carattere scientifico Irccs, di sperimentare soluzioni alternative e valutarne i vantaggi, gli svantaggi, i costi, prima ancora di impegnarsi nell'acquisto di una fornitura di massa.

Le forniture, prima di entrare in produzione, vengono sottoposte ad una fase di sperimentazione sul campo. Proprio per individuare eventuali difetti, malfunzionamenti o altro, prima di avviare la produzione in serie. Con importanti risparmi sia per le imprese che partecipano ai bandi sia per la Regione medesima. Al contempo l'appalto pubblico pre commerciale

permette alle imprese di sviluppare prodotti migliori in virtù di una maggiore comprensione della domanda e al contempo di ridurre i tempi di ingresso sul mercato.

Prima Regione in Italia, la Lombardia ha interpretato il ruolo non più di mero finanziatore di innovazione, ma di "cliente intelligente" e di "co-innovatore", capace di incidere sui piani di ricerca e sviluppo delle imprese in modo da orientarli verso il soddisfacimento del reale interesse pubblico. Il primo appalto pilota risale al 2013.

Con la legge 29 del 23 novembre 2016 la Regione Lombardia si è posta l'obiettivo di dare un maggior impulso agli appalti pre commerciali. In particolare l'articolo 2 comma IV della norma prevede che «il programma strategico definisca un obiettivo minimo di spesa, non inferiore al 3% delle risorse annualmente stanziare per l'acquisto di beni, servizi e lavori dalla Regione e dal sistema regionale, da destinare all'acquisto di soluzioni innovative e a prodotti della ricerca, anche attraverso gli appalti pre-commerciali e gli appalti verdi. Il programma strategico contiene altresì l'indicazione delle aree prioritarie per le quali ricorrere agli appalti pre-commerciali».



Estesa ormai a tutti i medicinali. Doveva semplificare le procedure e invece...

La ricetta elettronica manda in tilt le farmacie

Dal Veneto alla Puglia, attese e difficoltà per accedere al sistema informatico. I cittadini fanno la spola da un negozio all'altro

MIRIAM ROMANO

■ Il responsabile della farmacia in viale Romagna a Milano racconta le peripezie delle ricette elettroniche con un ghigno sul volto. «Avrebbero dovuto facilitare il sistema, e invece...». Invece ogni settimana il sistema digitale si inceppa. Il server non risponde per diversi minuti, a volte per qualche ora. La fila dei clienti allo sportello inizia a premere incredula, asfissiante. Qualcuno gira i tacchi, è troppo aspettare così tanto per un farmaco, meglio provare a chiedere altrove.

In via Stradivari, la farmacia Ambreck si trova a dover far i conti con le pecche del sistema soprattutto di notte. «Quando viene qualcuno a richiedere un farmaco durante il servizio notturno, non funziona mai». Dopo le sette di sera, cioè, acquistare un farmaco diventa un'impresa ardua perché il software va in tilt quasi ogni notte.

Partiamo dal principio. Per chi non lo sapesse, da qualche anno, le prescrizioni medicinali sono diventate digitali. La tradizionale ricetta rossa è quasi scomparsa, confinata a un utilizzo sporadico per pochi farmaci (stampata solo per i medicinali non mutuabili e quelli erogati dagli ospedali). Gli ansiolitici, ad esempio, tipo il tavor, vengono ancora acquistati con la ricetta tradizionale. Per tutti gli altri farmaci, erogati dal medico di base, invece, il sistema elettronico è entrato in vigore quasi a pieno regime. Il medico di base consegna al paziente solo un foglio bianco, un promemoria, riportante i dati identificativi della ricetta digitale e il codice fiscale del paziente. L'input parte dal dot-

to che inserisce la ricetta nel sistema, la prescrizione rimpalla fino alla Regione competente e in tutte le farmacie di Italia, collegate al software. Questa è la principale novità, e anche il suo grande vantaggio: i medicinali possono essere ritirati in qualsiasi regione italiana, anche se la provenienza della ricetta è diversa. Una volta erogato il farmaco, inoltre, non è più possibile riutilizzare la prescrizione in un'altra farmacia e questo garantisce più sicurezza.

LO SCANNER

Tutto bene, se solo, però, funzionasse come si deve. Se in Lombardia le criticità sono più sporadiche, è soprattutto in Veneto che nell'ultimo periodo si registra il grosso del problema, dove il sistema fa acqua da tutte le parti. Lo scanner punta il laser sul codice a barre e non succede nulla. Il software si incanta. La rete informatica tradisce i farmacisti che spesso non possono soddisfare i clienti. I pazienti sono costretti a tornare più volte in farmacia, sperando che il sistema torni a funzionare. Spesso non c'è modo di risalire alla prescrizione medica. Il collegamento è troppo lento, il software si deve aggiornare, compaiono errori di tipo tecnico. La conseguenza è ovvia: code lunghe, attese e pazienti che restano persino a bocca asciutta, perché più di qualche volta i farmacisti non sono in grado di fornire il medicinale.

FEDERFARMA

Nei mesi scorsi è arrivata la protesta forte e chiara di Feder-

farma Veneto che ha sollecitato un intervento della Regione per cercare di risolvere il problema. Nulla da fare. Un paio di giorni fa anche i farmacisti di Rovigo si sono mossi per far sentire la propria voce. «Non possiamo erogare i farmaci prescritti», tuonano in una nota inviata alla stampa. «Si tratta di un malfunzionamento frequente che sta creando notevoli disagi ai pazienti e al lavoro quotidiano dei farmacisti: Federfarma ci tiene a sottolineare che le farmacie non sono in alcun modo responsabili di tali disservizi e informa di essersi già attivata presso le autorità regionali competenti per segnalare il problema e sollecitare una pronta risoluzione», continuano.

Anche dal lato dei medici curanti, il meccanismo della ricetta digitale incontra intoppi. «Spesso il sistema si aggiorna la mattina, così sul più bello, mentre devo stampare una ricetta si blocca tutto», racconta il medico di base Umberto De Vito, «si forma la coda fuori al mio studio, qualcuno si arrende e se ne va. Quando sono troppe richieste di un farmaco nello stesso momento, non ne parliamo, può volerci anche più di un'ora perché il sistema riesca a ripartire».

Proteste arrivano anche dal Trentino, dove in alcune province si lamentano interruzioni del sistema per più di due ore. Blackout telematici e sospensioni della rete informatica che mandano in tilt i farmacisti. Pure in Puglia si registrano, settimanalmente, code e blackout coi farmacisti sul piede di guerra.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



La scheda

ULTIMO STEP

■ La ricetta elettronica, introdotta il 1° marzo 2016, è l'ultimo degli step dello stesso progetto che ha introdotto anche la tessera sanitaria elettronica e l'obbligo, da parte di medici e farmacisti, dell'invio telematico di tutte le informazioni riguardanti le ricette.

LA PIATTAFORMA

■ Il medico si collega a una piattaforma online e prescrive il farmaco/visita specialistica associando un codice telematico al codice fiscale dell'assistito: a questo punto il medico stamperà un promemoria da rilasciare in farmacia per ritirare il farmaco. La ricetta elettronica è valida anche fuori regione. Dopo una fase sperimentale è stata estesa alla maggior parte dei medicinali e questo ha creato parecchi problemi al sistema informatico. I disagi maggiori in Veneto, Trentino, Puglia

Statali

Medici e infermieri, via ad assunzioni extra ma costeranno almeno 3,5 miliardi di euro

ANCHE PER EFFETTO DI "QUOTA 100" MANCANO OGGI 8.000 CAMICI BIANCHI POSSONO ARRIVARE A 20.000 NEL 2021

LA CONTROMOSSA

ROMA Uno degli effetti collaterali di quota 100 è che sta svuotando gli ospedali. Il premier Giuseppe Conte ha annunciato perciò un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri, proprio come richiesto dal neoministro della Sanità Roberto Speranza, la parcella di Leu del nuovo esecutivo giallorosso. Secondo i dati in possesso della Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn oggi mancano all'appello 8 mila camici bianchi, destinati a diventare 20 mila nel 2021, ovvero entro la fine del periodo di sperimentazione del pacchetto introdotto dalla Lega per uscire dal lavoro con 62 anni di età e 38 di contributi. «Di infermieri ne mancano invece oltre 50 mila e con Quota 100 rischiano di diventare 75 mila», sostiene Barbara Mangiacavalli, presidente della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche. In Campania e Sicilia, tenuto conto degli effetti di quota 100, nel 2021 la carenza di infermieri supererà le 21 mila unità, mentre nel Lazio la Fnopi stima che ne andranno assunti 4.068. Risultato, il piano straordinario di assunzioni annunciato dal presidente del Consiglio in Parlamento dovrà portare alla contrattualizzazione di 95 mila professionisti, tra medici e infermieri.

LE RISORSE

Un'apertura inattesa, quella di Conte, che ha spiazzato anche il neoministro dell'Economia Roberto Gualtieri, alle prese con i numeri di una legge di Bilancio tra le più difficili degli ultimi anni, il cui compito ora appare ancora più arduo da assolvere. «Il Governo si impegnerà a difendere la sanità pubblica, valorizzando il merito e predisponendo un piano straordinario di assunzioni di medici e infermieri», ha affer-

mato l'avvocato del popolo nel giorno della fiducia per il nuovo governo. Il piano straordinario di assunzioni costerà tra i 3 e i 3,5 miliardi di euro. Per mettere sotto contratto i medici servono circa 1,3 miliardi di euro. A cui vanno sommati i 2,1 miliardi necessari per rimediare alla carenza di infermieri. Infine, sono necessari altri 150 milioni per aumentare i contratti di formazione specialistica, in modo da garantire un turnover adeguato nei prossimi anni. Numeri, dunque, che fanno lievitare ulteriormente il conto della prossima finanziaria giallo-dem, che tra sterilizzazione delle clausole Iva e taglio del cuneo fiscale dovrebbe costare già 35 miliardi di euro circa. Per finanziare il ripopolamento dei nosocomi verranno utilizzati i risparmi in termini di spesa per interessi sul debito pubblico che, grazie al calo dello spread, vengono dati in netto aumento. Secondo i calcoli del Centro studi di Confindustria, ora che il differenziale tra Btp e Bund si è stabilizzato attorno ai 150 punti base, è possibile stimare che tali risparmi ammonteranno nel 2020 a 6,8 miliardi di euro. Ma per Andrea Filippi, il segretario nazionale della Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn, non basta lavorare a un piano straordinario di assunzioni per colmare il gap che si è venuto a creare in questi anni. La necessità di predisporre un piano straordinario di assunzioni è stata ribadita anche da Roberto Speranza nelle sue prime dichiarazioni pubbliche. Per il neoministro di Leu sono fondamentali tre gli assi attraverso cui passa il rilancio della sanità tricolore: l'abolizione del cosiddetto superticket, la rideterminazione del finanziamento per il Servizio sanitario nazionale e, appunto, l'allentamento dei vincoli per l'assunzione del personale sanitario. «Nel contempo però bisogna aumentare i contratti di formazione specialistica. Oggi le borse disponibili sono 7600, ma per garantire un turnover adeguato è indispensabile portare l'asticella a 10 mila», alza la posta il segretario nazionale della Fp Cgil Medici e Dirigenti Ssn interpellato dal Messaggero.

Francesco Bisozzi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Roberto Speranza, ministro della salute



Amore, i favolosi over 60

In Italia vivono 14 milioni di ultra sessantacinquenni, la vita media si allunga, crescono i single e i nuovi incontri. Fare sesso "da grandi" non è più un tabù, anzi fa bene al corpo e alla mente. Gli specialisti: è un toccasana per il metabolismo e per il sistema cardiovascolare. Negli uomini aumenta perfino i livelli di testosterone

di Valeria Pini e Federico Mereta
MASCHI & FEMMINE

L'amore ai tempi supplementari

Il tabù della "relazione tardiva" è finito. In Italia vivono 14 milioni di over 65, crescono single, separati e nuovi incontri. La ginecologa: un corpo sano può fare sesso a tutte le età. E la psicologa conferma: una persona matura conosce meglio i propri desideri. I rapporti, insomma, fanno bene a cuore e mente

È anche un toccasana per il metabolismo e per il sistema cardiovascolare. Negli uomini aumenta i livelli di testosterone

La terapeuta Donata Francescato: "Bisogna finalmente sfatare il mito che solo corpi giovani e belli possono godere"

di Valeria Pini

Un'altra volta ancora. Un nuovo amore che può essere ancora più profondo delle storie avute in gioventù. Perché oggi capita sempre più spesso di rimettersi in gioco e innamorarsi dopo i 60 anni. Accade a causa delle tante separazioni, per la maggiore libertà e perché "gli amanti maturi" non sono più un tabù sociale. Così l'epoca della pensione regala tempo per fare nuovi incontri. E dopo una vita di corsa, fra lavoro e figli, arriva il momento per pensare a se stessi e capire cosa si desidera veramente. «I 60 anni di oggi – spiega Donata Francescato, direttore scientifico dell'Associazione per lo sviluppo psicologico

dell'individuo e della Comunità e autrice di *Amarsi da grandi* – sono i 40 anni del secolo scorso. L'amore è diventato più libero e una persona matura avendo fatto esperienze diverse conosce meglio i propri desideri e limiti. Ma non dobbiamo dimenticare che per vivere relazioni soddisfacenti occorre che migliorino i contesti ambientali. A volte, noi italiani, siamo troppo concentrati sui nostri deside-



ri e trascuriamo quelli del partner. Questo non aiuta mai l'amore».

Il nostro paese è fra quelli europei con il più alto tasso di over 65, poco meno di 14 milioni (dati Istat). Per loro, dopo anni di lavoro, si apre un nuovo capitolo della vita in cui è possibile reinventarsi e coltivare le proprie passioni. E oggi il tabù dell'età sembra dimenticato, mentre scopriamo che l'amore e il sesso aiutano a mantenerci in forma. «Un corpo sano – spiega Rossella Nappi, professoressa di Ginecologia all'università di Pavia e al Policlinico San Matteo – può fare sesso a tutte le età. Le donne che hanno rapporti sessuali in menopausa soffrono meno di atrofia vaginale. Il sesso è anche un toccasana per il metabolismo e per il sistema cardiovascolare». Un effetto positivo che si registra anche negli uomini dopo i 60. «I rapporti stimolano la produzione di testosterone che in questa fase della vita naturalmente cala, contribuendo al benessere dell'individuo. Anche i pazienti che si sono operati di prostata possono far sesso. E questo li aiuta a stare bene», ricorda Aldo Franco De Rose, andrologo del Policlinico San Martino Genova.

Ci vuole comunque coraggio per rimettersi in gioco quando non si è più giovani. Non è facile trovare la persona giusta, ma oggi siti di incontro online e chat hanno reso più facile l'approccio. Rimane sempre la paura del primo appuntamento. «Il primo faccia a faccia porta con sé un'ansia benefica. È un momento stimolante. Poi c'è il timore di mostrarsi nudi con un corpo non più giovane, perché ci vediamo brutti e non desiderabili. Ma dobbiamo ricordare che l'attrazione sessuale conferma che diventa bello ciò che ci piace e se due anziani si piacciono questo impaccio iniziale viene di solito gioiosamente superato», spiega Donata Francescato.

Il sesso cambia con il passare degli anni e può anche migliorare, perché c'è più tempo da dedicare all'altro. «Bisogna sfatare il mito – aggiunge Francescato – che solo corpi giovani e belli possono godere. In molte indagini è emerso che oggi molti anziani, dai 60 ai 90, continuano ad avere una buona vita sessuale. Non separando in modo compulsivo il sesso dall'amore, volendosi bene».

Secondo uno studio dell'Università di Cambridge, compiuto su 6.000 sessantenni, il livello di benessere è più alto fra coloro che sono attivi sessualmente, condizione che si associa a una maggiore longevità. Mentre ricerche precedenti, segnalano migliori parametri vitali fra gli over 60 che fanno sesso.

Negli amori tardivi i partner sono più maturi e cercano di evitare gli errori fatti in passato. Sono meno malleabili rispetto ai giovani, ma più consapevoli dei propri desideri. «Chi capisce cosa non ha funzionato, senza dare tutte le colpe ad un partner sbagliato, fa scelte migliori. Ma dalle

statistiche emerge – dice Francescato – che i secondi matrimoni si rompono di più perché molti hanno la coazione a ripetere, scelgono sempre lo stesso tipo di partner. E così fallisce anche il terzo o il quarto rapporto sentimentale. Per questo tipo di disturbo sono molto utili i gruppi di mutuo aiuto».

Oggi le occasioni sono di più anche perché ci sono più single. Per fare durare queste relazioni è bene evitare di fare confronti con gli ex e mettersi in gioco per cambiare le proprie abitudini.

Ma come affrontare le delusioni in caso di fallimento? «Se ci si sente capace di conseguire dei cambiamenti, le cose saranno più semplici. Chi si sente invece impotente, reagirà soffrendo, immaginando un futuro più cupo. Chi ha fiducia in sé – dice Francescato – si farà consolare dagli amici, si impegnerà nel lavoro o aderendo a movimenti politici o al volontariato. Impegnarsi con altri per raggiungere un obiettivo comune migliora la salute. E potrebbe regalarci un nuovo amore».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I libri

Capire il partner

Due buoni libri sulle relazioni?

Nel primo lo psicoanalista Recalcati affronta il tema della passione nel tempo
Nel secondo la terapeuta Benjamin tratta il rispetto dell'altro in amore

Massimo Recalcati
"Mantieni il bacio"
Feltrinelli Editore



Jessica Benjamin
"Riconoscimento reciproco"
R.Cortina Ed.





La sessuologa Roberta Rossi

“Si può essere felici molto a lungo a letto non c'è data di scadenza”

Una sana vita sessuale fa bene a tutte le età. Ma se una donna a 60 anni si sente desiderata, diventa più sicura. Secondo Roberta Rossi, presidente della Federazione italiana di sessuologia scientifica, è un aspetto importante della salute femminile anche più in avanti con l'età.

Perché il sesso fa bene al fisico della donna?

«Tutti i parametri vitali ne traggono beneficio. Se la persona è in buone condizioni di salute, con l'atto sessuale vengono sollecitati battito cardiaco e pressione. Ma anche se prende farmaci per la pressione può comunque avere rapporti sessuali. L'importante è sempre chiedere un parere a uno specialista».

A cosa bisogna fare attenzione?

«Le donne che hanno problemi di salute devono evitare emozioni molto forti. Vanno privilegiati rapporti lenti. Si può arrivare all'orgasmo anche lentamente, assaporando le sensazioni di piacere. Bisogna evitare di avere due o tre rapporti sessuali di seguito. E le posizioni acrobatiche sono bandite: fanno aumentare il battito cardiaco velocemente».

Il corpo, però, cambia. Il problema della secchezza vaginale?

«Oggi esistono cure di ultima generazione prive di ormoni. Creme e terapie ormonali sostitutive. Aiutano a mantenere l'elasticità e a evitare i dolori durante i rapporti sessuali».

Come cambia il sesso a 60 anni?

«C'è più tempo per esaltare gli aspetti sensoriali del rapporto. Le carezze e la stimolazione reciproca diventano più importanti».

Che effetto ha l'orgasmo sulla donna a questa età?

«Regala una sensazione di benessere e attiva il buonumore. Fra l'altro una ricerca recente su donne con l'artrite reumatoide, rivela che le pazienti che fanno sesso regolarmente gestiscono meglio il dolore».

E fino a che età a una donna fa bene fare l'amore?

«Si può arrivare a 85 anni. Lo si può fare finché si è in salute. Non c'è una data di scadenza».

— v.p.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Con l'atto sessuale vengono sollecitati battito cardiaco e pressione del sangue. Si attiva il buonumore e migliora l'artrite



Il cardiologo **Ciro Indolfi** “Ma attenti alle scappatelle Causano troppa ansia e stress”

Il respiro si fa più affannoso, i battiti più numerosi. E la pressione aumenta. Il sesso impone partecipazione ai maschi e quindi rappresenta un momento di stress. Secondo **Ciro Indolfi**, presidente della Società italiana di Cardiologia, «l'età non è un limite per l'amore a patto che si riconoscano i propri limiti, ci siano condizioni psicologiche ottimali, il/la partner abituale inducono tranquillità, e si conosca bene il proprio stato di salute».

A cosa prestare attenzione?

«Chi ha problemi cardiovascolari, dovrebbe parlare con il medico, senza negarsi a priori per il timore di star male l'attività sessuale. Attenzione alle “scappatelle”: lo stress organizzativo e l'ansia da prestazione possono creare un vortice emotivo che si riflette sul benessere di cuore ed arterie».

Il sesso può causare problemi?

«Eventi cardiovascolari, come attacchi di cuore o dolore toracico causati da malattie cardiache - si verificano raramente durante il sesso, poiché l'attività sessuale è di solito per un breve periodo. Ci sono persone che rimandano l'attività sessuale quando in realtà è questa è relativamente sicura: a volte è il partner che chiede serenità in questo senso. Bisogna parlare con il medico. La riabilitazione cardiaca e l'attività fisica regolare possono ridurre il rischio di complicanze legate all'attività sessuale».

Come bisogna comportarsi?

«Gli anziani che non hanno altre patologie e che fanno un'attività fisica normale senza avere sintomi come il dolore oppressivo

retrosternale o il respiro corto, possono andare avanti con l'attività sessuale. Per chi soffre di problemi cardiovascolari e ha avuto un infarto, il medico offre indicazioni. Non si devono abbandonare le cure in corso. Se la malattia cardiovascolare è instabile o se i suoi sintomi sono gravi, è necessario stabilizzare la malattia con i farmaci o con procedure interventistiche come lo stent coronarico o sostituzioni valvolari prima del “via libera”».

— **federico mereta**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“
 Nessun
 limite, ma
 nell'uomo
 l'ansia
 da
 prestazione
 può creare
 un vortice
 emotivo
 che si riflette
 sul benessere
 di cuore
 ed arterie

”



SULLA PELLE

Laser, pomate o bisturi?

Il dilemma delle cicatrici

Ognuno di noi ne ha varie. Il chirurgo plastico può renderle meno visibili, ma rimarranno. Il 50% del loro aspetto dipende dal patrimonio genetico

Le più difficili da trattare sono quelle da ustione. Quelle fresche (entro sei mesi) vanno protette con cerotti a base di vitamina E

di Irma D'Aria

Si inizia da piccoli con le classiche cadute su ginocchia e gomiti. Crescendo arrivano quelle dell'acne, dei piercing o dei tatuaggi. E poi ci sono quelle lasciate da un'ustione e da un intervento chirurgico, che sia quella di un parto cesareo o di un tumore. Sono le cicatrici e più o meno tutti, di grandezza e gravità diversa, ne abbiamo una. Anche se l'avvento dei punti di sutura riassorbibili ha migliorato la cicatrizzazione, la paura che rimangano dei segni indelebili resta.

«Le cicatrici - spiega Marco Klingner, docente di chirurgia plastica ricostruttiva ed estetica all'Università degli Studi di Milano - non si possono cancellare completamente. Il chirurgo plastico può renderle meno visibili, ma comunque rimarranno. Inoltre, il 50% del loro aspetto finale è conseguenza del patrimonio genetico». Quelle patologiche, che si sviluppano in seguito a traumi di vario genere (chimico, meccanico, termico) o a ferite chirurgiche possono essere fonte di notevoli disturbi, a volte anche funzionali, ma certamente di natura estetica, creando motivo di grande disagio psico-

logico per il paziente specie quando sono localizzate in aree del corpo particolarmente esposte. Le cicatrici più semplici da trattare sono quelle corte, lineari e che non sono conseguenza di trauma. Insomma, una cicatrice chirurgica. «Le più complesse da trattare - prosegue Klingner che ha lavorato per molti anni al più grande centro ustioni in Italia, quello dell'Ospedale Niguarda di Milano - sono tendenzialmente quelle da ustione, perché per definizione "sporche". Un'ustione, infatti, è accompagnata da una forte infiammazione e lascia dietro di sé dei tessuti necrotici».

Spesso per migliorare una cicatrice si "ritaglia" quella vecchia per far sì che se ne formi una nuova, in condizioni migliori. «Questa tecnica è molto utilizzata ma non dà buoni risultati sulle cicatrici da ustione che conservano una sorta di memoria, per cui anche quella nuova tenderà ad essere brutta come la prima cicatrice da ustione», precisa l'esperto. Ma come vanno trattate le cicatrici? Quelle fresche, entro i sei mesi, vanno protette con dei cerotti a base di quercetina e vitamina E, oppure gel di silicone che aderendo allo strato più superficiale della pelle forma una barriera protettiva che impedisce l'aggressione di agenti esterni (chimici, fisici e microbici), la perdita di acqua e ne permette l'idratazione. Ad ogni cambio di cerotto, poi, bisogna massaggiare la cicatrice con i polpastrelli delle dita per orientare bene le fibre di collagene. «Per le cicatrici cosiddette mature, oltre gli otto mesi - spiega Nicola Zerbinati, del Dipartimento di Dermatologia dell'Università degli studi dell'Insubria di Varese - le iniezioni di corticosteroidi rivesto-

no oggi un ruolo di primo piano ma negli ultimi anni si ricorre sempre di più alla laser-terapia che è stata inserita nelle più importanti linee guida per la terapia delle cicatrici patologiche».

Tra i trattamenti più eseguiti sulle cicatrici mature c'è anche il lipo-filling che comporta una piccola lipos aspirazione, solitamente dall'addome o dai fianchi del paziente. «Il nostro grasso - spiega Klingner - contiene cellule staminali adulte in grado di attivare nei tessuti in cui vengono trasferite un processo rigenerativo che migliora la qualità della cute, rendendola più elastica. In molti casi la cura per migliorare le cicatrici comporta sia un trattamento chirurgico, sia il lipo-filling. E spesso sono necessari vari autotrapianti di grasso, a distanza di diversi mesi l'uno dall'altro per ottenere i maggiori benefici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

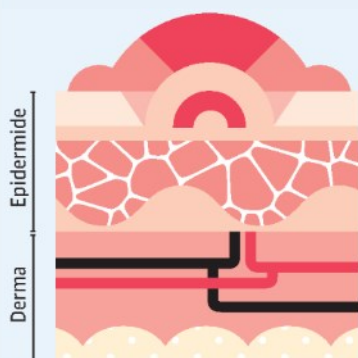
I bambini Più segnati degli adulti



I bimbi e ancora di più gli adolescenti, sviluppano cicatrici vistose per la grande presenza di fattori di crescita nell'organismo. Da adulti le cicatrici sono meno visibili



Le tipologie Quali e come...



- **Cicatrice ipertrofica**
Proliferazione eccessiva di tessuto cutaneo conseguente a un trauma o a un evento infiammatorio locale. Può regredire spontaneamente nel giro di 8-12 mesi

- **Cicatrice atrofica**
La ferita si presenta depressa e leggermente avvallata a causa di una mancanza di collagene. Ha la tendenza a riaprirsi con facilità e sanguinare

- **Cheloide**
È una lesione rilevata ovale o a forma di cordone con ramificazioni simili alle chele di un granchio. Si espande al di fuori della sede iniziale della lesione e tende a crescere nel tempo

- **Cicatrice retraente**
Si forma in corrispondenza delle articolazioni e può causare una significativa riduzione del movimento



PERISCOPIO

Sanità e salute
oltre la notizia

*Idea: affidiamo
la nostra salute
e la ricerca a chi
non ne sa niente*

di **Daniela Minerva**

Vi piacerebbe che ad aggiustare la vostra lavatrice fosse un meccanico che non ha mai visto una lavatrice in vita sua? Se pensate che la risposta sia ovvia andatevi a leggere il comma 4 dell'articolo 6 del Decreto 52/2019 attuativo della Legge n.3/2018. Meglio essere precisi per chi volesse vedere in originale il pensiero dell'Agenzia italiana del farmaco (Aifa) chiamata a dare attuazione alla legge sulla sperimentazione dei medicinali. Voluta per incentivarle nella consapevolezza (virtuosa) che sono l'unico modo per far crescere la medicina italiana e (interessata) che senza sperimentazioni il Ssn resta a secco di medicinali innovativi per anni oltre che depauperato dei denari che diversi soggetti (Pharma in primis) pagano perché siano fatte. Bene, fatta la legge trovato il pastrocchio: l'Aifa emana il suddetto comma 4 nel quale, per evitare perniciosi conflitti di interesse, si chiede che «lo sperimentatore, a tutela dell'indipendenza e dell'imparzialità della sperimentazione, dichiara (...) l'assenza di rapporti di dipendenza, consulenza e collaborazione, a qualsiasi titolo, con il promotore». Quindi Aifa chiede che lo sperimentatore non abbia mai fatto sperimentazioni visto che le

sperimentazioni cliniche in Italia sono finanziate dalle industrie (in stramassima parte) o sono promosse dalle pubbliche istituzioni di cui «lo sperimentatore» è dipendente (i medici negli ospedali, tanto per dirne una). Un gruppo di importanti professori ha preso carta e penna e scritto una memoria per spiegare che si deve certo evitare il conflitto di interessi, ma si deve anche evitare di offendere tutti con la cultura del sospetto, e, soprattutto, si deve evitare che le sperimentazioni d'ora in poi siano affidate «agli sperimentatori meno qualificati», quelli che nessuno vuole e che quindi non hanno conflitti di interesse; senza dire che se le Asl mettono in campo dei brocchi le aziende portano i loro soldi e i loro farmaci altrove con grave danno per i malati e il Ssn. Il documento non è ancora pubblico, ma noi lo abbiamo letto. E ci siamo presi paura. Perché i professori oltre a lanciare l'allarme delineano soluzioni concrete per lasciare i lacchè delle aziende fuori dalle sperimentazioni. Senza però affidare la nostra salute e il nostro sistema di ricerca a dei neofiti o a degli imbecilli. Certo se «uno vale uno» posso anche chiamare l'idraulico a riparare il tetto...

Direttore di Live

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Cardiologia

Chi non dorme (mai) abbastanza
mette a rischio il proprio cuore

di Giuseppe Del Bello

STILI DI VITA

Chi non dorme fa un azzardo E il cuore paga

Gli esperti: la mancanza di sonno (dalle 5 ore in giù) ci espone a rischio infarto e ictus. E il debito orario non è recuperabile

“Gli sleep deprived sono in aumento in tutti i paesi industrializzati”

“Lo scarso riposo facilita l’accumulo delle calorie e causa diabete”

di Giuseppe Del Bello

Chi dorme non piglia pesci. Ma chi dorme “male” o poco mette a rischio la sua salute. Soprattutto quella del cuore.

E poi, una volta per tutte: la predisposizione genetica c’entra eccome nello sviluppo delle patologie cardiache, ma non è mica lei l’unica responsabile. Vuol dire che per neutralizzare la maledizione di geni cattivi si dovrebbe intervenire anche - e soprattutto - sui fattori di rischio. Quindi, niente più alibi per chi rimanda a data da destinarsi la battaglia contro peso, alcol e sigarette.

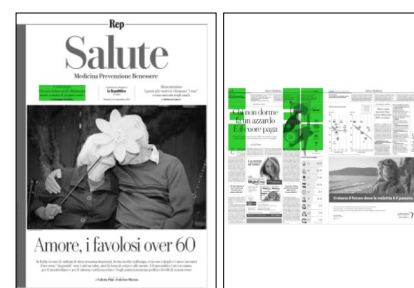
Sono solo due delle migliaia di messaggi soft (ma neanche tanto) che, certificati da altrettanti studi, ci arrivano dai congressi congiunti, europeo (Esc) e mondiale, di cardiologia. Novità anche sul fronte delle linee guida, quel libretto di “istruzioni” puntualmente aggiornato dal board internazionale a uso e consumo degli specialisti. Riguarda-

no patologie specifiche come lo scompenso o le ostruzioni delle coronarie a rischio infarto, protocolli terapeutici e comportamenti da adottare in sintonia con le nuove acquisizioni.

Intanto, partiamo dal mal dormire. Con una premessa: la privazione del sonno uccide, un topo muore se tenuto sveglio per quattro giorni consecutivi. «Tant’è vero che obbligarci a non dormire è uno dei metodi di tortura, ovviamente vietati, ancora in uso in alcuni Paesi», esordisce Francesco Cappuccio, professore di Cardiologia ed Epidemiologia a Warwick (Coventry, Gran Bretagna) e riferimento internazionale dei disturbi del sonno e dei suoi effetti letali su popolazione sana.

«Gli americani hanno perso - ma il fenomeno riguarda tutti i paesi industrializzati - almeno due ore di sonno negli ultimi cento anni». L’analisi del docente, punta l’indice sui fattori ambientali. In primis, la scoperta, a fine Ottocento, dell’energia elettrica, artefice dello sconvol-

gimento del ritmo sonno-veglia. Una rivoluzione determinata dall’estensione delle attività lavorative (e di divertimento nelle ore notturne). Ma il debito orario non è recuperabile. E i danni sono irreversibili. Quali, ad esempio? «Il parametro di riferimento è di 6-8 ore - risponde Cappuccio - In sintesi, quelli che dormono dalle 5 ore in giù (circa il 20 % della popolazione, ma gli *sleep deprived* sono in aumento) sviluppano condizioni di rischio cardiometabolico. Chi dorme cinque ore o meno a notte va incontro a obesità, diabete di tipo II e ipertensione. E quindi è più esposto a infarto, ictus e (il 12 %) a morte prematura». Effetti a casca-



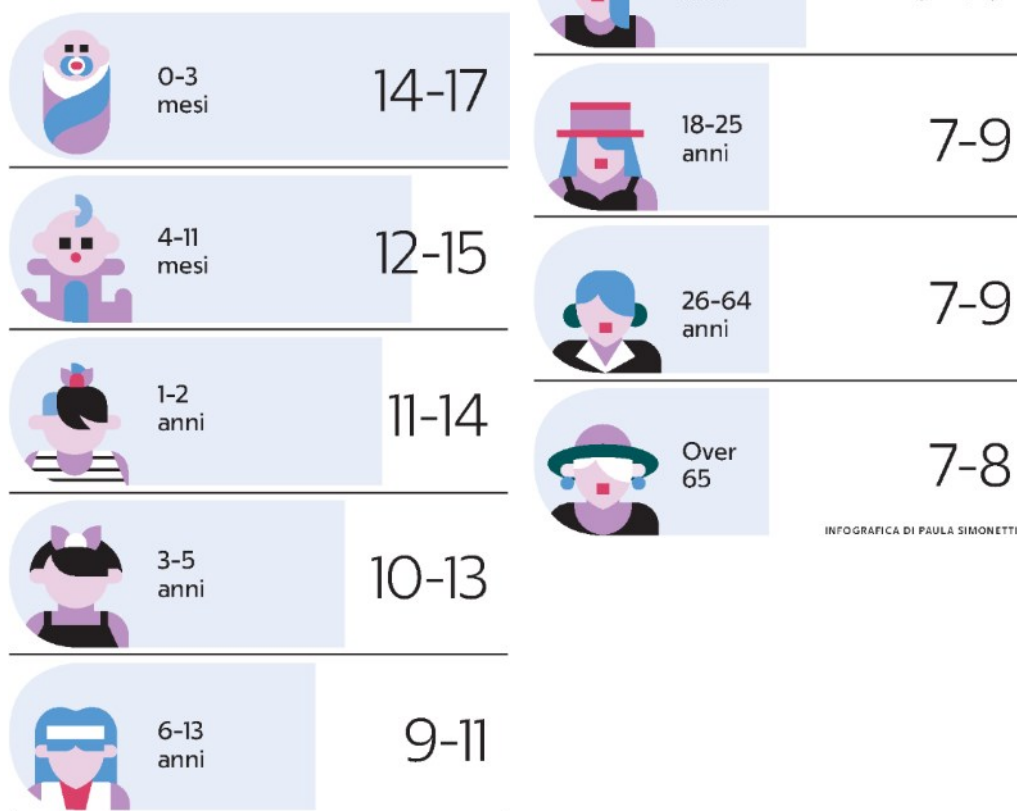
ta: la carenza di sonno fa aumentare l'appetito, facilita l'accumulo di calorie, crea insulino-resistenza e causa diabete. Ancora. Meno ore dedicate a Morfeo determinano un aumento della pressione di giorno, mentre vengono attivate molte molecole "proinfiammatorie" a livello del sistema cardiovascolare che, a loro volta, concorrono allo sviluppo dell'arteriosclerosi». Ma la responsabilità non è solo individuale, avverte il professore, piuttosto dell'organizzazione del lavoro, dei trasporti che fanno perdere ore per spostarsi e dei turni prolungati di notte come quelli dei supermarket».

Altro capitolo, la genetica. Di sicuro contribuisce allo sviluppo di ma-

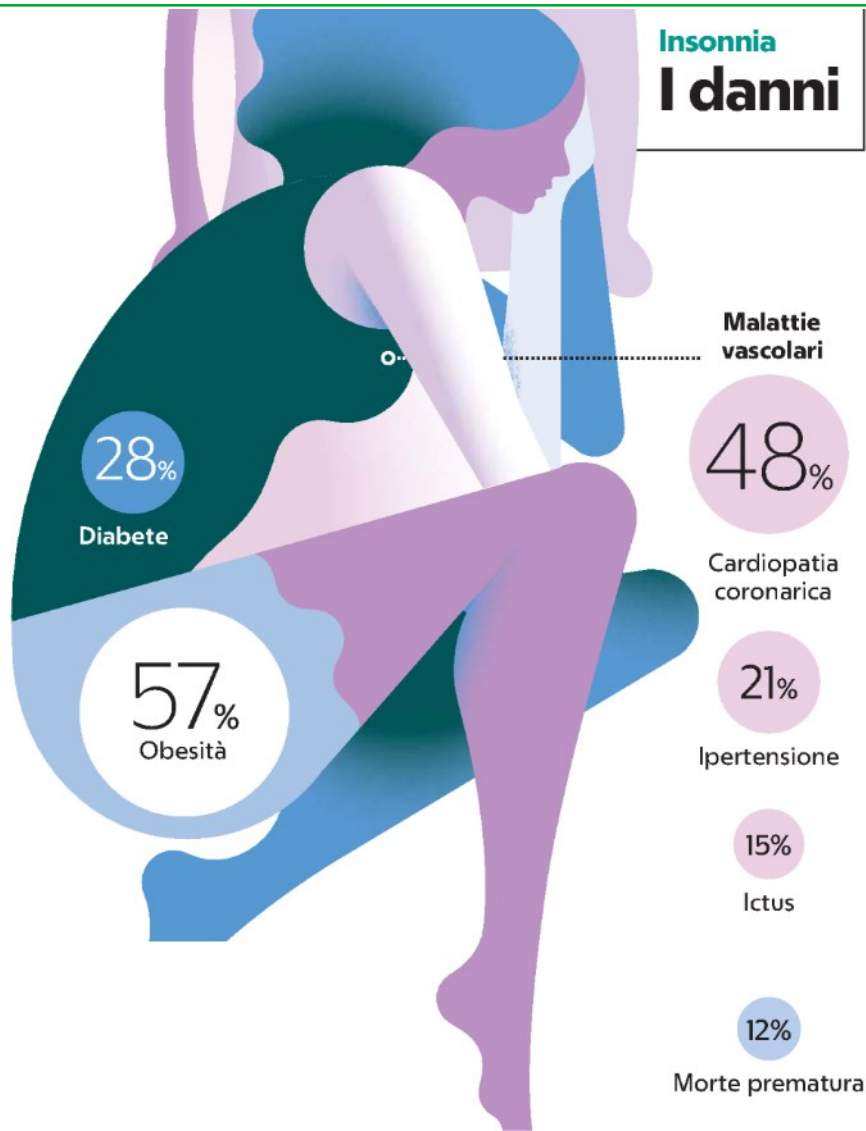
lattie cardiache precoci, ma non deve diventare la scusa per dire "che ci posso fare, è inevitabile". È la conclusione dello studio condotto da Joao A. Sousa dell'ospedale di Funchal, in Portogallo: «Spesso giovani pazienti affetti da cardiopatia si nascondono dietro la loro genetica e la storia familiare. Poi, scopriamo che sono fumatori, pigri, con livelli elevati di colesterolo e ipertensione. I risultati dello studio dimostrano che la genetica contribuisce alla Cad (cardiopatia coronarica). Tuttavia, nei pazienti con due o più fattori di rischio gioca un ruolo meno decisivo nello sviluppo della patologia».

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Le ore di sonno consigliate

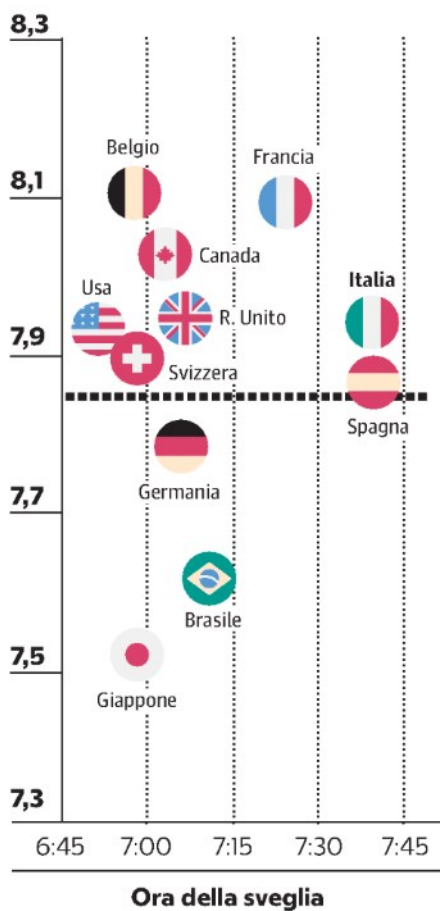


INFOGRAFICA DI PAULA SIMONETTI

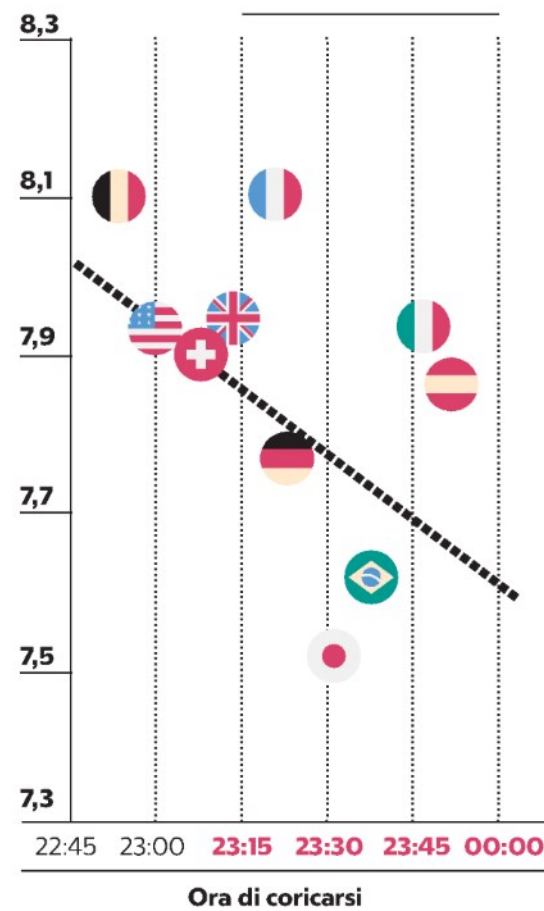


Quanto si dorme nel mondo

Ore di sonno



Ore di sonno



FONTE: EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY / PROF. FRANCESCO CAPPUCCIO, UNIVERSITY OF WARWICK / RIELABORAZIONE RSALUTE

Il cardiologo Barbato

“Meno esami ma nuove linee per la valutazione delle coronarie”

Innovative. Le definiscono così ogni anno gli specialisti che costantemente aggiornano le linee guida. Ma quelle targate 2019 e presentate dalla Società europea di Cardiologia sono, sostiene Emanuele Barbato, ordinario di Medicina interna alla Federico II di Napoli, importanti «per il futuro dei pazienti affetti da angina stabile (patologia delle coronarie, le arterie del cuore, ndr). Lo dice anche la nuova denominazione: “sindrome coronarica cronica”».

Per sottolineare cronicità, possibile evolutività e complessità della patologia?

«Sì, che però se curata bene con misure di prevenzione (esercizio fisico, stop al fumo, rispetto della terapia, regolari controlli clinici) può evolvere favorevolmente».

E se il paziente è “distratto”?

«Se la malattia coronarica cronica viene trascurata può evolvere in una o più riacutizzazioni: infarti e/o ripetute angioplastiche. E ciò può mettere a rischio la sopravvivenza».

Prospettive migliori dice lei, ma con quali strumenti?

«Le linee guida hanno ridimensionato gli esami strumentali non invasivi. Finora se ne sono prescritti tanti, ma un

eccesso di accertamenti non garantisce la riduzione del rischio. Oggi sono stati affinati gli strumenti di valutazione del rischio».

Si spieghi.

«È stata fatta chiarezza sui test diagnostici da utilizzare in caso di sospetta ostruzione dell'arteria coronarica».

Quali gli esami ridimensionati?

«Per esempio, la prova da sforzo a favore di tecniche più attendibili quali la CardioTac, l'eco-stress o la scintigrafia miocardica».

E sul fronte dell'insufficienza cardiaca?

«I risultati dello studio DAPA-HF dimostrano che il nuovo farmaco (dapagliflozin), per il trattamento del diabete di tipo 2, è valido anche nei pazienti con scompenso cardiaco. Un effetto benefico indipendente dalla presenza del diabete».

E nell'infarto acuto?

«Ha risposto lo studio “Complete”: il miglior trattamento è l'angioplastica, cioè l'impianto dello stent che riapre l'arteria coronarica occlusa. Ma va fatta su tutti i vasi malati e non solo su quello responsabile dell'infarto».

– g. d. b.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“
La prova da sforzo? Oggi tra le tecniche più attendibili ci sono: CardioTac, eco-stress oppure scintigrafia miocardica

”



LE CURE

Aids, obiettivo zero

L'Australia dà lezione

Nel 2020 Sidney potrebbe eradicare l'Hiv e registrare livelli bassissimi di contagio, nel Regno Unito le nuove diagnosi si sono drasticamente ridotte (-37% dal 2015) e in Italia "va meglio nelle città che nei piccoli centri". I buoni risultati? Grazie alla diffusione dei test e alle terapie antiretrovirali

L'epidemiologo
Enrico Girardi:
Il rapporto mondiale
della IAS Conference
conferma che evitare
l'infezione significa
scoprirlo il prima
possibile e poter
cominciare
subito i trattamenti

**Si stima che
il nostro Paese
conti 130mila
sieropositivi**

di **Tiziana Moriconi**

Il Nuovo Galles del Sud (Stato dell'Australia), si è dato tempo fino al 2020 per eradicare l'Hiv. Manca poco e l'obiettivo sembra più vicino. Nel 2018 sono state registrate solo 278 infezioni su 8 milioni di abitanti (17% in meno rispetto al quinquennio precedente).

Nel 2016 aveva già raggiunto l'obiettivo 90-90-90 richiesto dall'Onu: 90% delle persone sieropositive diagnosticato, 90% in cura e, di queste, 90% senza più virus rintracciabile nel sangue, il che significa che non può trasmetterlo, come ormai hanno dimostrato ampiamente gli studi. Lo stato australiano è uno dei sei buoni esempi contenuti nel rapporto "Tradurre i progressi in successi per fermare l'epidemia di Aids", presentato all'ultima IAS Conference on HIV Science 2019 a Città del Messico: un'analisi di scenari molto diversi, in cui le politiche locali stanno riducendo drasticamente i nuovi contagi da Hiv e le morti per Aids. «Analisi che conferma che non possiamo stare nel nostro ambulatorio ad aspettare le persone, se vogliamo davvero tenere sotto controllo l'Hiv», commenta Enrico Girardi, epidemiologo dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive

Lazzaro Spallanzani di Roma. «Dobbiamo andare incontro alle persone e metterle nelle condizioni sia di evitare l'infezione sia di scoprirla il prima possibile, per poter cominciare subito i trattamenti».

È quello che sta facendo Sidney: dopo aver lavorato per la diffusione dei test Hiv e per il rapido accesso alle terapie antiretrovirali (il caposaldo della lotta all'Hiv), due anni fa ha lanciato un programma per la profilassi pre-esposizione (PrEP), che porta quasi a zero il rischio di infezione attraverso i rapporti sessuali non protetti (sono noti pochissimi casi al mondo di fallimento dovuti a ceppi mutati di Hiv). A oggi il progetto ha coinvolto 9 mila persone.

Londra, altra città elencata nel rapporto, con quasi 9 milioni di abitanti e 1.500 nuove diagnosi nel 2017. Tante, ma il 37% in meno rispetto al 2015: un anno di svolta anche, tra le altre cose, per la vendita online della PrEP. Poi c'è San Francisco: 880 mila cittadini e meno di 200 nuovi casi, sempre nel 2017. Qui a segnare il passo è stato il lancio della strategia Getting to Zero con l'accesso immediato alle terapie per l'Hiv (il giorno stesso della diagnosi) e il programma Linkage Into Care Teams, che segue da vicino le persone sieropositive affinché non interrompano le cure: un aspetto importante visto che l'interruzione facilita l'insorgenza di ceppi resistenti.

E da noi? Si stima che in Italia vivano circa 130mila persone sieropositive e che di queste 10-15mila non sappiano di esserlo. Secondo i dati del Centro Operativo Aids dell'Istituto superiore di sanità, inoltre, delle

3.443 nuove infezioni del 2017 (84% trasmesse per via sessuale, 46% con rapporti eterosessuali) più della metà era in stadio già avanzato di malattia. «Si sono fatti progressi, ma possiamo fare di più», dice Girardi, che è anche responsabile di uno studio portato avanti con le associazioni su ciò che avviene dopo la diagnosi: «In media, lo si scopre dopo cinque anni e c'è un non trascurabile 20% che impiega dai 2 ai 3 mesi per arrivare alla prima visita dopo un test positivo. Ci sono ancora posti dove il risultato positivo viene consegnato in busta chiusa, senza colloquio».

A Milano, con oltre 1 milione e 350 mila abitanti, nel 2017 si sono avuti 263 nuovi casi di Hiv (con una incidenza di 8,2 per 100.000 residenti; Roma ha un'incidenza simile, di 8,3 per 100.000 residenti, e 360 casi complessivi). Per sapere se il trend continua a essere in discesa, come si pensa, bisognerà attendere i nuovi dati, disponibili a novembre. Ma la situazione nelle principali città appare migliore di quella dei piccoli centri, come sottolinea Massimo Cernuschi, presidente dell'Associazione Solidarietà Aids (Asa) e infettivologo del San Raffaele di Milano: «Il test è alla base della lotta all'Hiv ed è determinante proporlo al di fuo-



ri dagli ospedali. Nelle grandi città ci sono molte associazioni che lo fanno». Proprio grazie alle associazioni, lo scorso febbraio presso la Casa dei Diritti di Milano è stato aperto il secondo checkpoint per l'Hiv in Italia, sulla scia dell'esperienza di Bologna (e un terzo è previsto a Roma): «Una volta a settimana si fanno i test e un'altra prescriviamo la PrEP, fornendo un counseling per il suo utilizzo». Bene, ma: «Il costo sostenuto solo per i test è di circa 500 euro a settimana e la richiesta è molto più alta di quella a cui oggi si riesce a far fronte. Al contrario di quanto avviene in altre nazioni europee – conclude – questi interventi non vengono finanziati né promossi dallo Stato o dalle Regioni. Sarebbe importante che fossero "istituzionalizzati"».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

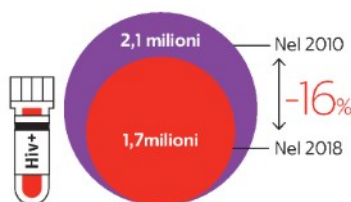


La campagna "Non si scherza"

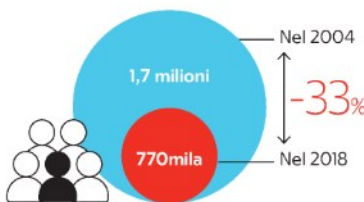
È partita la nuova campagna del ministero della Salute: "Con l'HIV non si scherza" (#HIVriguardatutti). Protagonisti gli attori Stefano Fresi, Francesco Montanari, Dario Vergassola e la youtuber Sofia Viscardi che invitano tutti "a non abbassare la guardia", a usare il preservativo e a fare il test per l'Hiv. (Numero Verde Aids: 800 861 061)

Nel mondo I numeri

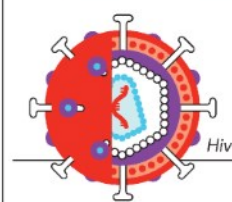
Nuove infezioni all'anno



Morti per Aids



I sieropositivi

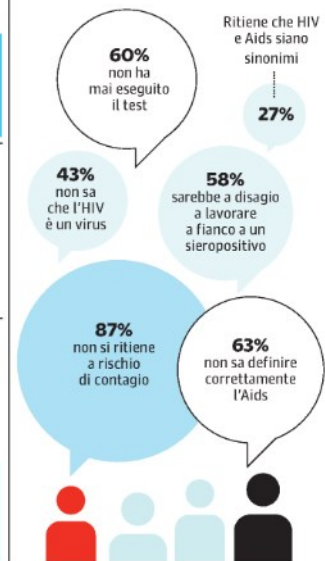


Con carica virale soppressa 87% di cui:



La ricerca

Eseguita in 15 paesi UE su 2mila persone



Gli obiettivi

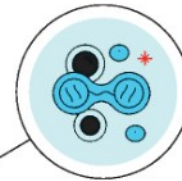
Per sperare di controllare la malattia entro il 2020



Trattare almeno il 90% delle persone diagnosticate



Diagnosticare almeno il 90% delle persone con HIV



Ottenere nel 90% dei casi la soppressione della carica virale

Le azioni



Campagne informative e facile accesso ai test dell'HIV



Accesso semplificato e gratuito ai trattamenti fin dalla diagnosi



Prevenzione su evidenza scientifica: profilassi pre-esposizione, circoncisione



Sostegno sociale e programmi contro la discriminazione

FONTE: UNAIDS DATA, 2019

Tre molecole per un farmaco È l'arma forte del futuro

In Italia l'87% delle persone sieropositive in trattamento ha viremia zero: ovvero sta bene, controlla l'infezione, ha un basso rischio di progressione e non trasmette il virus. Merito delle terapie antiretrovirali, che sono diventate molto più efficaci, più tollerabili e, altrettanto importante, molto più semplici da assumere. È la fotografia di un recente rapporto di Unaid 2019. E il panorama potrebbe migliorare ancora nel prossimo futuro, grazie a diverse novità.

Tra queste, l'arrivo nel nostro paese di una nuova combinazione di tre molecole in una singola compressa, la cui rimborsabilità è stata da poco approvata dall'agenzia del farmaco (Aifa): una possibilità in più che si va ad aggiungere al già ampio armamentario anti-Hiv. La tripletta mette insieme due terapie già utilizzate, emtricitabina (Ftc) e tenofovir alafenamide (Taf), con un farmaco di nuova generazione, bicitegravir (Bic): un inibitore dell'integrasi, in grado di impedire al virus di inserire il proprio Dna in quello umano e, quindi, di replicarsi. «Oggi possiamo cronicizzare l'infezione, soprattutto se la diagnosi è precoce e le persone accedono alle cure in tempi rapidi», spiega Andrea Antinori, Direttore di Immunodeficienze Virali presso l'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) Spallanzani di Roma, che ha collaborato alla sperimentazione del nuovo regime: «Non siamo però in grado di eliminarla. Questo significa che se si sospendono i farmaci l'infezione torna a progredire. Ecco perché è così importante che le terapie siano anche molto ben tollerate, oltre che efficaci».

Negli studi clinici, la nuova

combinazione ha dimostrato non solo una elevata efficacia e una bassa tossicità, ma anche un'altra caratteristica: c'è un basso rischio di produrre nuovi ceppi resistenti del virus in caso di fallimento. «Questo ci permette, quando necessario, di cominciare la terapia entro 24-48 ore dalla diagnosi, senza dover attendere il risultato del test per le resistenze, indispensabile invece con altri regimi», continua Antinori.

Un fattore, quello del tempo, che sembra importante per 'agganciare' le persone alla cura. I continui progressi hanno un risvolto sociale: «Se riuscissimo ad azzerare virtualmente la carica virale in tutte le persone sieropositive, il virus smetterebbe di circolare. È un concetto importante da far passare anche per combattere i pregiudizi che ancora circondano l'Hiv e l'Aids». Già perché ancora oggi 6 italiani su 10 si sentirebbero a disagio se si trovassero a lavorare al fianco di una persona sieropositiva, come ha rilevato il sondaggio "Is HIV sorted?", commissionato dall'International Association of Providers of AIDS Care (IAPAC) e da Gilead. Solo il 16%, inoltre, sa che se il virus non è misurabile nel sangue, non è neanche trasmissibile. Aumentare questa conoscenza e ridurre lo stigma sono alla base di un altro 'Obiettivo 90' che va aggiunto ai tre dell'Onu: riguarda la qualità di vita. «Intesa non più solo dal punto di vista clinico - dice Antinori - ma come uno stato di salute complessivo elevato, anche sociale e di relazione, comparabile a quello di chi non è sieropositivo». Uno scenario neanche immaginabile fino a qualche anno fa.

— l.m.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Una pasticca e 3 molecole



Fra le novità l'arrivo in Italia di una nuova combinazione di tre molecole in una singola compressa, la cui rimborsabilità è stata approvata dall'agenzia del farmaco (Aifa). La tripletta mette insieme due terapie già utilizzate, emtricitabina (Ftc) e tenofovir alafenamide (Taf), con un nuovo farmaco bicitegravir (Bic)



Alimentazione

I grassi più cattivi si chiamano “trans”
e sono nascosti negli snack

di Deborah Ameri

ALIMENTAZIONE

Quei diabolici grassi nascosti negli snack

Si chiamano “trans”. Inventati a fin di bene contro i “grassi saturi” di burro e affini, si trovano nella margarina, nelle creme spalmabili, nei biscotti e in molti prodotti confezionati. L’Oms vuole eliminarli entro il 2023. Dannosi più di 2 grammi al giorno

“Queste sostanze da noi si usano di meno, c’è la cultura dell’olivo”

“Gli italiani sono privilegiati: abbiamo controlli molto accurati”

di Deborah Ameri

Sono stati inventati a fin di bene, cinquant’anni fa, quando i grassi saturi (quelli del burro per esempio) erano ritenuti i nemici giurati della salute. Ma recentemente, grazie a una corposa letteratura scientifica, si è capito che gli acidi grassi trans (presenti, per esempio, nella margarina) sono i veri nemici da rimuovere dalla dieta per proteggere il cuore e non solo.

E così è partita la crociata. La Commissione Europea ha fissato un limite massimo di 2 grammi di trans per 100 grammi totali di grassi per ogni alimento e l’Organizzazione Mondiale della Sanità si sta impegnando a eliminarli del tutto entro il 2023.

«Per dare più consistenza a certi grassi vegetali insaturi negli anni Sessanta è stato inventato il processo d’idrogenazione in cui si rompe artificialmente un doppio legame e si aggiunge idrogeno. Così, ad altissime temperature, si trasformano gli oli dallo stato liquido a quello solido e si ottengono prodotti alimentari con un’alta percentuale di

trans. Questi oli trasformati vengono usati industrialmente negli impasti, non solo per dare solidità ma anche per rendere l’alimento più soffice e più saporito. Prendiamo l’olio di palma: a crudo non contiene così tanti trans come quando viene modificato per farlo diventare solido e usarlo nelle creme spalmabili», spiega a *Repubblica* Tatiana Gaudimonte, biologa nutrizionista a Milano e Zurigo.

Ma anche quando si frigge a lungo, con oli vegetali, si può ottenere una percentuale di grassi trans. Ecco perché, in genere, gli alimenti fritti vanno limitati «ed è comunque meglio farseli a casa e usare olio di oliva», aggiunge l’esperta.

I cibi sotto accusa, particolarmente ricchi di trans, sono tanti. Biscotti, dolci, merendine, e in genere tutti i prodotti da forno confezionati, creme spalmabili, gelati confezionati, patatine, popcorn, alcuni prodotti surgelati.

Ci sono poi alimenti che li contengono naturalmente, come i prodotti caseari e la carne di animali ruminanti. La differenza è che in questi casi la percentuale di grassi trans è minima.

Queste sostanze sono responsabili di oltre 500.000 morti, ogni anno

nel mondo per malattie cardiovascolari. Anche una dose minima è dannosa, ma la quantità massima giornaliera non dovrebbe superare i due grammi, ovvero l’1% delle calorie totali assunte se prendiamo in considerazione un apporto energetico di 2.000 calorie circa.

«Gli acidi grassi trans danneggiano la salute a 360 gradi», ci spiega Alberto Margonato, primario di Cardiologia Clinica all’IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano. «Hanno proprietà infiammanti e ossidanti. In particolare, interagiscono con i trasportatori del colesterolo: facilitano il trasporto di quello cattivo nelle arterie, che vengono intasate, e rendono più difficoltoso il fluire di quello buono al fegato. La conseguenza è un’infiammazione della parete arteriosa in cui si accumula colesterolo ossidato, che porta alla



formazione della placca aterosclerotica. Si è dimostrato anche che i trans possono aumentare la resistenza all'insulina, favorendo quindi lo sviluppo del diabete. E chi consuma molti di questi acidi grassi in genere mangia junk food, cibo spazzatura, che causa obesità, a sua volta grande alleata di malattie cardiovascolari e ipertensione. Insomma, non si rischia solo l'infarto».

La buona notizia è che i consumatori italiani sono privilegiati: «Da noi queste sostanze si usano di meno, abbiamo la cultura dell'olio d'oliva e del cibo genuino e i controlli sui prodotti alimentari sono molto

accurati», fa notare Margonato.

Tant'è al supermercato è meglio controllare con cura ciò che si acquista: «Facciamo attenzione con i prodotti industriali, se contengono grassi vegetali o grassi idrogenati significa che contengono anche grassi trans», mette in guardia la nutrizionista.

Ma come sostituire la merendina o la brioche della colazione?

«Si possono rimpiazzare gli snack dolci confezionati con pane integrale, fiocchi d'aveva o cereali in chicchi soffiati. Al posto delle creme dolci spalmabili si può provare la crema alle mandorle, realizzata a

temperature basse (infatti non è solida ma liquida). Oppure una fetta di pane con burro e miele, una torta fatta in casa o una crêpe. Preferire sempre il burro alla margarina e usare l'olio di oliva che ha il punto di fumo a 210 gradi e si degrada di meno, producendo meno trans. Le alternative ci sono», assicura Gaudimonte.

E senza rinunciare ai cosiddetti grassi buoni. «Le uova sono state recentemente rivalutate e anche il burro, se consumato in moderazione, una o due volte a settimana, non causa problemi - conclude il cardiologo - Non demonizziamo gli alimenti naturali».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quali danni fanno



Aumentano il colesterolo cattivo



Aumentano la resistenza all'insulina



Diminuiscono il colesterolo buono



Favoriscono diabete e obesità



Intasano le arterie



Provocano infiammazione e ossidazione delle cellule

Acidi grassi trans Cosa sono

2 grammi

Dose massima giornaliera
l'1% delle calorie assunte

Nascono dal processo di idrogenazione dei grassi vegetali insaturi ad altissime temperature per trasformarli da liquidi in solidi



Dove sono

Nei prodotti confezionati

Zuppe e salse
Creme dolci spalmabili
Gelati confezionati
Patatine
Surgelati
Torte
Biscotti
Wafer

Margarina

Negli alimenti naturali

In piccole quantità
non nocive

Carne di animali ruminanti
Formaggi
Latte

Nei cibi fritti

Popcorn per microonde

Il ribelle Arne Astrup

“Basta parlare di calorie meglio l'analisi sui cibi”

«Basta parlare di grassi saturi. Parliamo di cibo». Così esordisce Arne Astrup, professore del Dipartimento di Nutrizione, Esercizio e Sport dell'Università di Copenaghen. Uno studio da lui guidato e pubblicato sul *British Medical Journal*, sfida l'Organizzazione Mondiale della Sanità e le sue linee guida sul consumo di grassi saturi, limitato a meno del 10% delle calorie giornaliere.

«Noi forniamo sufficienti prove scientifiche per definire questo approccio sbagliato - spiega a *Repubblica* - Non ha senso parlare di grassi saturi come un gruppo: ci sono tipi diversi di questi grassi che hanno un impatto sulla salute differente. E ancora più importante, l'effetto dei grassi sul nostro organismo dipende dalla struttura del cibo in cui sono».

Sono soprattutto gli alimenti di origine animale, come carne, burro, formaggio e latte ad essere ricchi di grassi saturi.

«Ma, per esempio, c'è una differenza sostanziale tra una fettina di carne e un prodotto lavorato, come le salsicce. E il latte intero differisce da quello scremato, che differi-

sce dallo yogurt, dal formaggio o dal dolce del supermercato».

«Bisogna tenere presente che un alimento ricco di grassi saturi potrebbe essere sì dannoso alla salute - aggiunge - ma anche del tutto neutrale o perfino portare benefici. La composizione del cibo che contiene i grassi saturi ha un impatto sulla digestione, l'assorbimento e il metabolismo dei lipidi nel sangue, che sono un fattore di rischio di malattie cardiovascolari a sé stante, indipendente dal colesterolo. Studi recenti hanno dimostrato che certi alimenti ricchi di grassi saturi in realtà abbassano il rischio di malattie coronariche grazie ai loro effetti su altre variabili, che non sono il colesterolo».

Astrup teme che l'approccio dell'Oms, focalizzato sui grassi saturi in generale, abbia come involontaria conseguenza quella di promuovere cibi con pochi grassi ma ricchi di zuccheri e amidi raffinati. A riprova della sua tesi, porta l'esempio del suo Paese, la Danimarca: «Noi consumiamo una quantità di grassi saturi molto elevata ma abbiamo una delle mortalità cardiovascolari più basse in Europa». - **de. am.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



1500

I dottori che
ogni anno
lasciano l'Italia
in cerca di
lavoro e
stipendi più alti

.salute

Medici italiani in fuga all'estero

Boom dei test in inglese: +30%

Bartoloni e Gobbi — a pag. 26

Italia senza medici, ma ogni anno 1.500 fuggono all'estero

L'allarme. I dottori italiani sono quelli che emigrano di più in cerca di lavoro e stipendi più alti: Uk e Francia mete preferite. Boom di domande (+30%) ai test di accesso di Medicina in inglese

Marzio Bartoloni
Barbara Gobbi

Siamo il Paese che ha più bisogno di medici ma anche quello che vanta il record di fughe di camici bianchi all'estero. In Europa un medico su due che fa le valigie (il 52% per l'esattezza) parla italiano. Sono 1.500 i medici con in tasca la specializzazione che emigrano ogni anno, anche da Regioni ricche come il Veneto (80 in fuga ogni anno) e in generale dal Nord del Paese. Dove, ironia della sorte, i concorsi per le specialità più impegnative vanno deserti. Colpa, spiegano dal Sumai, il Sindacato degli specialisti ambulatoriali - che a ottobre presenterà un dossier completo sul tema - di un sistema che tra stipendi bassi, carichi di lavoro inaccettabili e anni di blocco del turn over continua a essere decisamente poco attrattivo.

Nessuno in Europa si avvicina a questo primato che tra l'altro segna un altro grande spreco per il nostro Paese: formare un medico specialista costa fino a 250mila euro. In pratica ogni anno regaliamo 350 milioni agli

altri Paesi che ringraziano per i 1500 dottori già formati da assumere.

Il paradosso tra l'altro è che l'Italia si trova nel pieno di una emergenza di carenza di medici (ne mancano subito 8mila, e altri 16500 fino al 2025). E così se da una parte ci sono le Regioni che elemosinano medici e sono costrette a lavorare di fantasia richiamando pensionati o camici bianchi con le stellette; dall'altra si registra questa grande fuga degli specialisti che lasciano il Paese in cerca di un contratto - e di un futuro - migliore. In Europa e, perché no, negli Emirati Arabi che offrono compensi stellari tra i 14mila e i 20mila euro al mese. Con tanto di abitazione, scuola per i figli e autista.

Una voglia di estero che si respira già tra gli aspiranti medici: giovedì ai test di accesso per Medicina in inglese si presenteranno in 10450 per solo 761 posti disponibili. Erano 7660 l'anno scorso. Le domande sono cresciute del 30%.

«Negli ultimi 3-4 anni ben 4.700 specialisti hanno lasciato l'Italia per trovare occupazione in Paesi europei che, come il nostro, hanno sbagliato la programmazione ma che oggi corrono ai ripari garantendo condizioni

di lavoro migliori anche ai professionisti stranieri», spiega il segretario nazionale Sumai Antonio Magi. Tra le destinazioni spicca la Gran Bretagna, che ha avviato per prima la sua attività di recruiting, ma anche altri paesi ricchi di appeal (per stipendi doppi dei nostri e benefit qui impensabili), come la Francia (la seconda scelta) e la Germania. Il dettaglio sugli stipendi spiega molto, se non tutto, dell'esterofilia dei camici bianchi nostrani: l'Olanda, che si piazza al top, offre una retribuzione annua di 255mila euro. Mentre l'Italia è penultima in classifica prima della Grecia, con i suoi 61.130 euro (che raggiungono gli 80mila euro con l'indennità di esclusiva). Potenzialmente, tra gli specialisti già formati (26.550) ma che da noi sono ancora a spasso e i



giovani medici in via di specializzazione (33.450 circa), l'Italia rischia di "esportare" oltre 50mila camici bianchi. «Uno spreco di capitale umano e professionale enorme – rileva Magi –. Serve una politica seria di assunzioni di quanti hanno già completato l'iter formativo, rendendo più attrattivo il nostro Ssn. Mentre diciamo no alle scorciatoie che consentono l'accesso a tempo indeterminato ai laureati non specializzati, che contribuirebbero alla progressiva svalutazione della formazione, fingendo equivalenza di competenze e conoscenze».

Intanto in attesa che il nuovo governo e il dicastero guidato dal neo ministro della Salute Roberto Speranza attui il piano straordinario di assunzioni promesso dal programma giallo rosso (si veda pezzo in basso) l'emorragia di medici prosegue. Al 31 agosto scorso le richieste di lavoro all'estero registrate dall'Amsi (Associazione dei medici di origine straniera in Italia) nell'ultimo triennio erano arrivate a quota 6.500: 5mila da medici, 1.150 da infermieri, 250 da fisioterapisti e il resto da psicologi e dentisti. «Un trend in aumento del 40% - rileva il presidente Amsi Foad Aodi - imputabile anche a uno sfruttamento dei professionisti sanitari che in Italia ha raggiunto i limiti: nel privato capita che dottori impegnati in guardie di mezza giornata portino a casa 7 euro all'ora. Non c'è da stupirsi se a voler lasciare il Paese sono soprattutto medici giovani che non riescono a conquistare una borsa di specializzazione. Ma chirurgia, ginecologia e pediatria, le aree di maggiore richiesta, sono specialità che servono moltissimo anche qui da noi. Anche nelle Regioni più carenti di specialisti, come Lazio, Veneto, Lombardia, Puglia, Umbria, Sicilia».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della grande fuga

LE METE PIÙ GETTONATE

Le destinazioni preferite dai medici specialisti andati all'estero nel 2018.

In percentuale



Fonte: Centro Studi Sumai Assoprof.
Elaborazione Sumai dati European Commission

GLI STIPENDI DEGLI ALTRI

Retribuzione media lorda dei medici specialisti dipendenti e convenzionati. Anno 2018. In euro



Fonte: Centro Studi Sumai Assoprof.
Elaborazione Sumai dati Aran e Sisac



Corsie vuote. Tra uscite e quota 100 è scoppiata l'emergenza carenza medici

Le mosse del nuovo Governo giallo-rosso

Un super piano di assunzioni, ma servono 1,5 miliardi

«Corre d'intesa con le Regioni, assicurare un piano di assunzioni straordinarie di medici e infermieri». Delle quattro righe che compongono il paragrafo Sanità del programma del Governo giallo-rosso la metà sono dedicate all'emergenza carenza medici. Un segnale d'attenzione subito ribadito dal nuovo ministro della Salute Roberto Speranza e anche dal premier Giuseppe Conte durante il discorso per la fiducia. Tra le priorità del nuovo Esecutivo l'abolizione del superticket da 10 euro sulle ricette per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale, ma anche il superamento dei divari regionali e appunto un piano straordinario per assumere medici e infermieri per tamponare l'emergenza, perché come ha ricordato lo stesso Speranza «nei prossimi 5 anni ci sarà un picco dei pensionamenti che aggraverà il problema».

Ma quanto potrebbe costare una misura del genere? «Un vero piano straordinario di assunzioni dovrebbe prevedere circa 8mila ingressi di medici, che è l'attuale carenza, 36mila infermieri e circa 2mila dirigenti sanitari per un costo che si aggira intorno a 1,5-2 miliardi di euro», avverte Carlo Palermo, segretario di Anaa Assomed, il principale sindacato dei medici ospedalieri. Che suggerisce al nuovo ministro Speranza di partire subito con dei provvedimenti per tamponare l'emergenza. «Innanzitutto bisogna attuare quanto previsto dal decreto Calabria approvato dal precedente Governo e cioè sostenere con i fondi lo sblocco del turn over previsto nel decreto e approvare i decreti attuativi per rendere possibile l'assunzione a tempo determinato degli specializzandi al quarto e quinto anno». Il decreto Calabria introduce infatti la possibilità di assumere a tempo determinato (per poi trasformare il contratto in uno a tempo indeterminato) i giovani medici che stanno completando la

loro formazione. «Solo per quest'anno - spiega Palermo - significa che abbiamo la possibilità di assumere 9mila giovani medici». Tra l'altro la loro assunzione potrebbe liberare risorse da spendere in più per aumentare il numero di borse di specializzazione che creano il famoso imbuto formativo che tiene fuori dalla professione tanti laureati in medicina. «Quest'anno le borse sono salite a 9mila, ma con le risorse che si possono liberare con i contratti agli specializzandi si devono portare le borse a 12mila nel 2020, 2021 e 2022 in modo da avere più medici quando si stima il picco massimo dell'allarme carenza», aggiunge Palermo che si dice contrario all'abolizione del numero chiuso a Medicina: «Non si possono formare 70mila studenti, bisogna programmare in base ai fabbisogni oppure lancio una provocazione: se l'Europa è d'accordo e ci finanzia formiamo noi i medici per gli altri Paesi europei».

Quello dell'accesso alla formazione per diventare medico potrebbe essere uno dei dossier che il nuovo Governo giallo-rosso potrebbe rimettere sul tavolo. I Cinque Stelle appoggiano il superamento del numero chiuso a Medicina come dimostra un Ddl, presentato lo scorso agosto a firma di Manuel Tuzi (M5S), che concretizza un impegno che si era preso il precedente Esecutivo. Il Ddl prevede sul modello della Francia un primo anno aperto a tutti e un test di selezione sulle materie studiate - abolendo così la lotteria dei quiz - per accedere al secondo anno (con la possibilità per gli esclusi di utilizzare i crediti acquisiti per altre Facoltà). Il nuovo ministro dell'Istruzione, Lorenzo Fioramonti, appoggia il progetto che potrebbe incassare anche il via libera del Pd. Che nel suo Esecutivo a guida Renzi nel 2015 tentò proprio con la ex ministra Stefania Giannini di riformare l'accesso a Medicina sul modello francese.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ROBERTO SPERANZA
Ministro della Salute



CARLO PALERMO
Segretario nazionale Anaa Assomed



IN BREVE

VERSO L'ACCORDO SUL CONTRATTO

Medici di base, negli studi la staffetta generazionale

L'obiettivo è portare a casa il nuovo contratto nazionale per la Medicina generale (triennio 2016-2019) entro fine anno ma intanto i medici di famiglia ottengono dalla trattativa con la parte pubblica (Sisac) un doppio bottino: da un lato gli aumenti di stipendio e la chiusura della parte economica per 88 milioni di euro - 80 euro circa al mese per massimalista - con lo sblocco degli arretrati 2018-'19 (riferiti al 2017); dall'altro l'ingresso negli studi dei giovani colleghi in formazione. Una svolta, quest'ultima, che dà forma e paletti a quanto previsto dai decreti Semplificazioni e Calabria rispetto all'assegnazione ai medici in formazione degli incarichi rimasti vacanti dopo che tutti gli aventi diritto siano stati piazzati. Una "staffetta generazionale" benedetta dal principale sindacato dei medici di famiglia, Fimmg, che ha il senso di consentire il passaggio di consegne tra i camici bianchi prossimi alla pensione e i giovani in attesa di entrare in uno studio. Situazioni più frequenti al Nord, dove le graduatorie sono in esaurimento e dove molti colleghi anziani stanno per lasciare il lavoro. «Questa soluzione - spiega il segretario nazionale Fimmg Silvestro Scotti - fa fronte a quanto accade già oggi: i pochi giovani già formati tendono a scegliere le aree a maggiore densità abitativa, lasciando scoperto quel 70% circa di Comuni al di sotto dei 5mila abitanti. Zone in cui anziani e sindaci sempre più spesso denunciano il gap di medici. Una vera e propria emergenza: capita che un solo collega debba gestire fino a sei ambulatori».

Ma la scommessa della medicina generale non si chiude certo qui: la Fimmg guarda alla manovra finanziaria per interrompere lo stato di agitazione aperto nei mesi scorsi e spiegato ai cittadini con il progetto itinerante #Adessobasta! Il Consiglio nazionale della Federazione ha appena rilanciato le richieste al nuovo governo per interrompere la protesta: riduzione dell'Iva, decontribuzione per il personale di studio, iperammortamento, strumenti per l'impresa 4.0. «Segnali di attenzione - conclude Scotti - necessari per sviluppare micro-team in cui il medico di medicina generale sia supportato da personale di studio e possa introdurre strumenti di diagnostica digitale e telemedicina».

— **B.Gob.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Silvestro Scotti
Segretario nazionale Fimmg



IN BREVE**TELE-REFERTAZIONE****Lombardia, online
la rete diagnostica**

Tac, ecografie ed altri referti consultabili online da tutti gli ospedali della Regione Lombardia, dai medici di medicina generale ma anche dal paziente a casa. L'iniziativa dell'Agenzia regionale per l'innovazione e gli acquisti (Aria) prevede un periodo di startup di un anno per la conduzione della gara e le attività di predisposizione e di erogazione del servizio. La base di copertura è pari a 182 milioni di euro, per la durata di 8 anni e per tutto il sistema regionale.



Svolta nella cura dei tumori solidi

Amgen. Il primo inibitore della mutazione del gene Kras si conferma efficace nel ridurre il cancro al polmone

Francesca Cerati



Amgen è una azienda che ha la sua ragion d'essere nell'innovazione», esordisce Soren Giese, il nuovo presidente e amministratore delegato della filiale italiana della multinazionale americana leader nelle biotecnologie quando lo abbiamo incontrato per parlare di ricerca e nuove soluzioni terapeutiche. All'inizio di quest'anno, infatti, Amgen ha fatto notizia dopo aver rivelato che uno dei suoi farmaci in sperimentazione (Amg 510) ha mostrato una promessa senza precedenti contro l'interruttore principale del cancro.

La molecola prende di mira il Kras, il gene implicato in una miriade di tumori, ma da sempre impermeabile ai farmaci. Ciò significa che i progressi di Amg 510 sono visti come un barometro per altri medicinali Kras, in particolare uno in sviluppo da una piccola azienda chiamata Mirati Therapeutics, il cui prezzo delle azioni è aumentato di oltre il 25% dopo che Amgen ha divulgato i suoi dati. L'inibitore Kras di Amgen ha fatto notizia alla riunione Asco di quest'anno, e con buone ragioni: è il primo farmaco della sua classe ad aver avuto la pubblicazione dei dati clinici. In fase 1, il farmaco ha ridotto i tumori polmonari, risultati confermati domenica a Barcellona alla World Conference on Lung Cancer (Wclc) dove il farmaco per via orale diretto contro la mutazione G12C di Kras, ha ridotto le dimensioni del tumore in più della metà dei pazienti con carcinoma polmonare non a piccole cellule in stadio avanzato, trattati con la dose più alta di farmaco.

«Da sempre siamo impegnati nella ricerca di soluzioni first in class o best in class per patologie di grande impatto sulla salute pubblica, sia per gravità, sia per diffusione - continua Giese -. Oggi più che mai

questa R&S procede a pieno regime e la nostra pipeline, con 50 molecole in fase di sviluppo, è solida e diversificata. Lo è, in particolare, in ambito ematologico e oncologico, aree in cui stiamo scrivendo pagine importanti nella storia della medicina: alcune soluzioni terapeutiche allo studio hanno infatti le potenzialità di rivoluzionare gli standard di trattamento di alcuni tumori. E per le altre aree terapeutiche si sta estendendo nel cardiovascolare, con un focus sullo scompenso cardiaco e nel respiratorio, dove l'attenzione è concentrata sull'asma.

Amgen, acronimo di genetica molecolare applicata, è stata una delle prime biotech ad avere come strategia quella di risalire alle mutazioni genetiche. E poi è proprietaria della piattaforma Bite® e farmaci per l'immunoterapia oncologica. Eppure ad arrivare sul mercato per prime con le terapie Car-T sono state Novartis e Gilead...

«Da anni siamo impegnati nell'immunoterapia oncologica, nelle Car-T, e ancora di più nella tecnologia Bite®, che sta dimostrando alte potenzialità non solo in ematologia, ma anche in oncologia - risponde Giese -. Quest'ultima è la prima piattaforma, ad alta specificità e bassa tossicità, in grado di potenziare anticorpi "a doppio bersaglio" con un meccanismo d'azione innovativo: i Bite® si legano alle cellule T dei pazienti, i più potenti killer antitumorali nel nostro sistema immunitario, permettendo ad essi di vedere nemici prima invisibili, le cellule tumorali appunto, e di farle morire». Questi anticorpi bispecifici sono stati scoperti da uno spin-off universitario della Lmu di Monaco. Amgen ha creduto nel potenziale di questa scoperta e nel 2012, con l'acquisizione di questa startup, ha sviluppato e reso disponibile già nel 2015 il primo Bite® per la leucemia linfoblastica acuta che ha dimostrato negli studi registrativi di raddoppiare, rispetto alla chemioterapia, la sopravvivenza globale dei pazienti con questa neoplasia

ematologica.

«In definitiva, Bite® e Car-T rappresentano opzioni terapeutiche estremamente avanzate, in grado entrambe di offrire valide risposte alle esigenze dei pazienti, sia pure agendo in modo diverso - continua Giese -. Tra le due, i Bite® si caratterizzano per la relativa semplicità di produzione, il tempo di preparazione e la somministrazione al paziente, e dunque l'ampiezza della platea di possibili beneficiari. Se si tiene conto anche della sua versatilità, questa tecnologia promette davvero di diventare una terapia chiave per l'oncoematologia del futuro. Attualmente la stiamo studiando su diversi altri tumori, del sangue e solidi, come mieloma multiplo e tumore alla prostata, glioblastoma e carcinoma polmonare a piccole cellule».

Pioniera delle biotecnologie da quasi quarant'anni, Amgen è presente in oltre cento Paesi con ventimila collaboratori. In Italia è presente dal 1990 e conta 300 collaboratori, la casa madre prevede investimenti per produzione e/o ricerca?

«In Italia, Amgen vuole assolvere il suo ruolo di partner del sistema salute e di tutti gli attori che ne fanno parte - riprende Giese -. Quando parliamo di promozione e accesso alle cure, a mio avviso c'è sempre il rischio di darne un'interpretazione riduttiva. Proporre a medici e pazienti farmaci realmente innovativi, di efficacia provata, significa contribuire a migliorare e diffondere le conoscenze scientifiche nelle diverse aree terapeutiche, offrendo nuovi elementi di comprensione sui meccanismi (e le cause) che generano le



malattie. Significa anche, naturalmente, contribuire a migliorare e a rendere più equo l'accesso a terapie in grado di avere un impatto positivo sulla qualità di vita di migliaia di pazienti. E significa, infine, poter gestire meglio le cronicità, prevenire ricoveri e quindi evitare nuovi costi al sistema sanitario e contribuire così alla sua sostenibilità».

Giese fa l'esempio delle malattie cardiovascolari. In Italia sono ancora la prima causa di morte e incidono sui bilanci del Ssn per 15 miliardi di euro all'anno. Gli infarti sono oltre 130mila, ogni anno: oggi il tasso di mortalità per infarto è per fortuna in diminuzione, solo il 7% dei casi, ma a distanza di un anno non si registra invece alcun progresso e metà degli infartuati ritorna in ospedale, a causa di un nuovo evento. «Tra le ragioni c'è l'impossibilità di garantire un adeguato controllo del colesterolo, fattore causale per un ulteriore evento cardiovascolare per eccellenza - conclude -. Oggi Amgen mette a disposizione di questi pazienti un farmaco biologico innovativo, in grado di ottenere risultati prima impensabili. Risultato, 20% di riacutizzazioni in meno (come infarti, ictus...), molte vite salvate e 41 milioni di risparmi per il Ssn nell'arco di 5 anni. È solo un esempio, ma è questo ciò che significa, per noi, essere partner del sistema».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Soren Giese. Lo scorso luglio è stato nominato presidente e amministratore delegato della filiale italiana della multinazionale americana Amgen



Inibitori del Kras. Cellule tumorali polmonari (nella foto): i ricercatori studiano il gene "Kras" da decenni perché è uno degli interruttori principali che trasforma una cellula sana in una cancerosa

Medicina Hacker della genetica per avere farmaci a basso costo

PIVATO NEL SUPPLEMENTO TUTTOSALUTE - P. 29

TEAM DI BIOLOGI-HACKERS RIPRODUCE IN GARAGE UNA SUPER-TERAPIA DA 1 MILIONE DI DOLLARI. SCHIAFFO ALLE SOCIETÀ FARMACEUTICHE

“Se la cura è per pochi, ci siamo noi pirati” Il giallo internazionale dei Robin Hood della genetica

MARCO PIVATO

Piratare la «ricetta» di una costosissima terapia genica e riprodurla, nel garage di casa, con appena 7 mila dollari.

Sembra una riedizione della nota serie «Breaking Bad», che comincia con uno stanco professore di chimica che, per arrotondare la paga da insegnante di liceo americano, si mette a produrre metamfetamina, nel camper di un tossicodipendente, nel deserto del New Mexico. Solo che, a differenza di «Breaking Bad», la storia è vera e al posto del professore senza scrupoli ci sono «biohackers» animati dalle migliori intenzioni: la terapia genica piratata, «Glybera», contro una grave malattia rara, la Deficienza da lipoproteina lipasi, è sul mercato europeo dal 2015 per 1 milione di dollari a trattamento.

«La terapia alternativa invece - ha affermato uno dei biohackers, Gabriel Licina - è stata sviluppata in un capannone nel Mississippi, in un magazzino in Florida, in una camera da letto in Indiana e su un computer in Austria con meno di 7 mila dollari». E, dunque, potrebbe fare concorrenza alle multinazionali del farmaco.

Potrebbe essere una truffa e la terapia non funzionare affatto e, in più, come si può far arrivare ai pazienti un farmaco illegale? Eppure il clamoroso caso non è da sottovalutare: basta un precedente del genere per scatenare le associazioni di pazienti. Il drammatico episodio Stamina (la sedicente terapia che prometteva di curare alcune malattie neurodegenerative, mes-

sa a punto dall'«esperto» Davide Vannoni, ancora in guai giudiziari) incantò la politica e non solo i pazienti, dando il via a inutili e costose sperimentazioni che, infine, certificarono il raggiro, a spese dei contribuenti (per la sperimentazione autorizzata dal ministero) e delle speranze di migliaia di malati.

Il «biohacking» americano, tuttavia, è più complesso. Mentre ai tempi di Stamina si aveva a che fare con un «inventore» che di medicina non sapeva nulla, stavolta si ha a che fare con personaggi potenzialmente preparati e con l'aspirazione di diventare dei «Robin Hood delle terapie». «Non dimentichiamo - commenta il genetista dell'Università di Ferrara Guido Barbujani - che, oltre a essere animati da buoni propositi, potrebbero coltivare una sfida intellettuale, intrisa del risentimento contro Big Pharma e le grandi imprese scientifiche profit». Il fatto che sia stato possibile riprodurre una terapia in un garage con 7 mila dollari «mette il dito nella piaga dei costi altissimi della ricerca biomedica: il prezzo dei farmaci in commercio si spiega con gli oneri elevatissimi di ricerca preclinica e clinica, dai quali si deve rientrare, altrimenti un'azienda farmaceutica chiuderebbe. Però fa riflettere, se fosse confermato, che si possa formulare con poche migliaia di dollari, e attrezzature artigianali, un farmaco che viene venduto a 1 milione di dollari».

Al momento il biohacking ha portato solo a un prototipo di cura, ancora da testare, ma, se la «ricetta» fosse divulgata e «confermata» e si scoprisse che, forse non con 7 mila dollari e tuttavia con mol-

to meno di 1 milione, si arrivasse a un risultato effettivo, le conseguenze potrebbero essere a cascata, generando un probabile caos.

Sullo sfondo del giallo c'è il boom della contraffazione farmaceutica. E' un affare che vale miliardi di dollari nel mondo e fa grandi danni: ci sono presunti prodotti salvavita, come antivirali e antitumorali venduti nel Terzo Mondo, e altri più «soft», che vanno per la maggiore in Occidente, come le copie illegali del Viagra e di tanti dietetici. Cosa contengano non è chiaro: il principio attivo potrebbe essere sottodosato, sovradosato o nullo. O sostituito da chissà cos'altro. Sono farmaci che si trovano su Internet, in chiaro, e sul Dark Web a prezzi irrisori. Senza ricette. E costano ai sistemi sanitari ricoveri d'urgenza, oltre che blitz delle polizie e il monitoraggio da parte di centri e società scientifiche.

E', quindi, necessario tenere alta la guardia. «Vogliamo davvero che si diffondano terapie fai-da-te, disponibili su Internet e svincolate dalla complessa e necessaria serie di test a cui vengono sottoposti i farmaci messi in commercio? Se i farmaci comuni - osserva Barbujani - già costituiscono un possibile rischio, pensiamo a cosa potrebbe succedere con terapie delicate come quelle che coinvolgo-



no il nostro Dna come la terapia genica».

Il caso «made in Usa» è comunque un giallo: chi sono i biohackers? Qual è il loro background scientifico? Potrebbero essere ex ricercatori o ex dirigenti di società farmaceutiche? Si definiscono «biologi indipendenti» e adesso pretendono che la loro «versione» sia testata da aziende e università e parlano di una tecnica nuova, che utilizza ipotetici «minicircles» di Dna, mentre la terapia genica si avvale di virus vettori che introducono il gene sano nelle cellule. «Se i “minicircles”, di cui non ho mai sentito parlare, fossero altrettanto efficaci - riflette il professore - perché non li adottano anche le case farmaceutiche? E, se non lo sono, c'è qualcuno che può illustrarci le loro potenziali conseguenze?». —

© BY/NC/ND/ALCUNI DIRITTI RISERVATI



La biologia si allarga nei territori di frontiera tra legalità e illegalità: manifesto di un meeting di biohackers statunitensi

Ilaria Capua: "La salute diventa circolare"

VALENTINA ARCOVIO

PAG. 33

UN NUOVO APPROCCIO CHE ENFATIZZA IL PENSIERO LATERALE

"La salute diventerà circolare"

Ilaria Capua: un bene universale da condividere con tutte le specie

VALENTINA ARCOVIO

Quando 12 anni fa ha scritto «Idee per diventare veterinario. Dallo studio delle malattie degli animali alla prevenzione dell'influenza aviaria» (Zanichelli), Ilaria Capua era all'apice del successo. Un anno prima aveva sequenziato il primo ceppo di influenza aviaria H5N1, rendendo disponibile il suo lavoro alla comunità scientifica mondiale. Nel 2013 è stata eletta alla Camera, da cui si è dimessa tre anni dopo a causa di una vicenda giudiziaria finita in un nulla di fatto. La scienziata fu accusata di aver ordito un complotto per la diffusione di virus allo scopo di realizzare guadagni illeciti dalla produzione di vaccini. «E' stato come ricevere una sberla in pieno viso», ammette. Da qui la decisione di pubblicare l'anno seguente «Io, trafficante di virus. Una storia di scienza e di amara giustizia» (Rizzoli). Ora, a 53 anni, alla guida del «One Health Center of Excellence» dell'Università della Florida, i suoi interessi si sono evoluti e abbracciano la salute e la scienza a tutto tondo.

Anche stavolta ha deciso di metterli nero su bianco, pubblicando «Salute circolare. Una rivoluzione necessaria» (Egea), che sarà al centro del suo intervento il 9 ottobre a Milano, in occasione del SingularityU Italy Summit. Nonostante l'Italia l'abbia tradita, il legame che Capua ha

con il nostro Paese non si è mai reciso. Non è un caso se le è stato assegnato il «Prize for American-Italian Relations», il premio che viene conferito ogni anno a personalità che hanno contribuito a consolidare la tradizione dei rapporti tra Italia e Usa.

Professoressa, perché il suo interesse si è spostato dal micro-mondo, quello popolato da virus e batteri, al macro-mondo, quello della scienza e della salute a tutto tondo?

«Non ho smesso di appassionarmi alla mia materia ed alla scrittura. Ma negli anni ho accumulato tante esperienze, belle e brutte, e, come già successo in passato, ho scelto di raccontarle e condividerle. La passione per la scienza mi ha spinto a fare una serie di riflessioni sul concetto di salute che ho sentito il bisogno di trasmettere ad altri».

Lei propone un nuovo paradigma, quello di una salute circolare: che cosa intende?

«Il concetto di salute circolare nasce dalla consapevolezza che viviamo in un sistema chiuso, come un acquario. Come in tutti i sistemi chiusi le risorse sono limitate e, per sopravvivere, vanno gestite le scorie. Questo ci deve spingere verso percorsi virtuosi che vedono un avanzamento contemporaneo della salute umana e di quella dell'ecosistema. Non possiamo quindi che riconoscere che la salute è un bene universale, caratterizzato da interconnessioni e interdipendenze. Questo si-

gnifica che non ha senso continuare ad avvelenare il nostro "acquario" e poi pretendere di non pagarne le conseguenze».

Può farci un esempio?

«Basta pensare quanto le nostre azioni abbiano influito negativamente sulla biodiversità. L'estinzione di alcune specie non è priva di conseguenze. Noi abbiamo bisogno della biodiversità per sopravvivere. Se arriva una gelata, qualche piantina sopravvive perché ha qualcosa di diverso dalle altre. Perché è diversa. Se tutti gli elementi di un sistema di vita fossero geneticamente uguali, nessuno sopravviverebbe ad eventi naturali estremi, come la siccità. La diversità è la nostra riserva e mantiene in vita il sistema e oggi abbiamo gli strumenti per innovare responsabilmente senza intaccarla».

A quali strumenti si riferisce?

«Pensiamo ai Big Data e all'Intelligenza Artificiale. Disponiamo di una mole enorme di dati e algoritmi in grado di analizzarli. Questo ci offre un'infinità di opportunità per sposare il concetto di salute circolare e responsabi-



le. In teoria, in quella moltitudine di dati potrebbero celarsi molte delle risposte che cerchiamo».

Come facciamo a trovarle?

«Possiamo seguire l'esempio di alcuni rivoluzionari del passato, agli albori della medicina, prima della sua iperspecializzazione verticale. Da Ippocrate a Fracastoro, dal padre dell'anatomia Andrea Vesalio a Lady Mary Wortley Montagu fino a van Leeuwenhoek, Jenner, Koch e molti altri. Sono state tutte menti visionarie e rivoluzionarie che non avevano a disposizione i nostri mezzi e le nostre conoscenze, ma avevano la mente aperta al pensiero laterale e questa caratteristica è stata essenziale per molte scoperte sulla salute. Centinaia di anni dopo siamo di fronte ad una nuova grande sfida per far progredire la conoscenza scientifica, che è quella di affidarci sempre più a saperi multidisciplinari e alle collaborazioni internazionali. Se Vesalio, 700 anni fa, ha ridisegnato l'anatomia umana senza disporre di elettricità, oggi anche noi possiamo fare l'inimmaginabile con tutti gli strumenti che abbiamo a disposizione, a distanza di un click».

Si può innovare responsabilmente?

«La nostra specie ha il libretto di istruzioni del nostro "acquario" ed è l'unica che può assumersi la responsabilità della sua cura e manutenzione, del rispetto degli equilibri biochimici e di come si interfacciano le creature che lo popolano con noi. E' una rivoluzione necessaria e urgente: bisogna che ci pensiamo noi. Non possiamo certo chiederla ai pesci rossi!».

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



ILARIA CAPUA

VIROLOGA, GUIDA IL «ONE HEALTH CENTER OF EXCELLENCE» DELL'UNIVERSITÀ DELLA FLORIDA

Schiaffo a Big Pharma da un team di biologi-hacker americani
Riprodotta in garage una terapia che vale un milione di dollari

Ecco i Robin Hood della ricerca genetica «Se la cura è per pochi ci siamo noi pirati»

Hanno speso 7 mila dollari, si definiscono indipendenti e parlano di una «tecnica nuova»

Se la ricetta fosse divulgata e confermata le ricadute potrebbero generare confusione

IL CASO

Marco Pivato

Piratare la «ricetta» di una costosissima terapia genica e riprodurla, nel garage di casa, con appena 7 mila dollari.

Sembra una riedizione della nota serie «Breaking Bad», che comincia con uno stanco professore di chimica che, per arrotondare la paga da insegnante di liceo americano, si mette a produrre metamfetamina, nel camper di un tossicodipendente, nel deserto del New Mexico. Solo che, a differenza di «Breaking Bad», la storia è vera e al posto del professore senza scrupoli ci sono «biohacker» animati dalle migliori intenzioni: la terapia genica piratata, «Glybera», contro una grave malattia rara, la Deficienza da lipoproteina lipasi, è sul mercato europeo dal 2015 per 1 milione di dollari a trattamento.

«La terapia alternativa invece - ha affermato uno dei biohacker, Gabriel Licina - è sta-

ta sviluppata in un capannone nel Mississippi, in un magazzino in Florida, in una camera da letto in Indiana e su un computer in Austria con meno di 7 mila dollari». E, dunque, potrebbe fare concorrenza alle multinazionali del farmaco.

Potrebbe essere una truffa e la terapia non funzionare affatto e, in più, come si può far arrivare ai pazienti un farmaco illegale? Eppure il clamoroso caso non è da sottovalutare: basta un precedente del genere per scatenare le associazioni di pazienti.

Il drammatico episodio Stamina (la sedicente terapia che prometteva di curare alcune malattie neurodegenerative, messa a punto dall'«esperto» Davide Vannoni, ancora in guai giudiziari) incantò la politica e non solo i pazienti, dando il via a inutili e costose sperimentazioni che, infine, certificarono il raggio, a spese dei contribuenti (per la sperimentazione autorizzata dal ministero) e delle speranze di migliaia di malati. Il «biohacking» americano, tuttavia, è più complesso. Mentre ai tempi di Stamina si aveva a che fare con un «inventore» che di medicina non sapeva nulla, stavolta si ha a che fare con personaggi potenzialmente preparati e con l'aspirazione di diventare dei «Robin Hood delle terapie». «Non dimentichiamo - commenta il genetista dell'Università di Ferrara Guido Barbujani - che, oltre a essere animati da buoni propositi, potrebbero coltivare una

sfida intellettuale, intrisa del risentimento contro Big Pharma e le grandi imprese scientifiche profit». Il fatto che sia stato possibile riprodurre una terapia in un garage con 7 mila dollari «mette il dito nella piaga dei costi altissimi della ricerca biomedica: il prezzo dei farmaci in commercio si spiega con gli oneri elevatissimi di ricerca preclinica e clinica, dai quali si deve rientrare, altrimenti un'azienda farmaceutica chiuderebbe. Però fa riflettere, se fosse confermato, che si possa formulare con poche migliaia di dollari, e attrezzature artigianali, un farmaco che viene venduto a 1 milione di dollari».

Al momento il biohacking ha portato solo a un prototipo di cura, ancora da testare, ma, se la «ricetta» fosse divulgata e «confermata» e si scoprisse che, forse non con 7 mila dollari e tuttavia con molto meno di 1 milione, si arrivasse a un risultato effettivo, le conseguenze potrebbero essere a cascata, generando un probabile caos.

Sullo sfondo del giallo c'è il boom della contraffazione farmaceutica. E' un affare che vale miliardi di dollari nel mondo e fa grandi danni: ci sono presunti prodotti salvavita, come antivirali e antitumorali venduti nel Terzo Mondo, e altri più «soft», che vanno per la maggiore in Occidente, come le copie illegali del Viagra e di tanti dietetici. Cosa contengano non è chiaro: il principio attivo potrebbe essere sottodosato, sovradosato o nullo. O sostituito da chissà cos'altro. So-



no farmaci che si trovano su Internet, in chiaro, e sul Dark Web a prezzi irrisori. Senza ricette. E costano ai sistemi sanitari ricoveri d'urgenza, oltre che blitz delle polizie e il monitoraggio da parte di centri e società scientifiche. È, quindi, necessario tenere alta la guardia. «Vogliamo davvero che si diffondano terapie fai-da-te, disponibili su Internet e svincolate dalla complessa e necessaria serie di test a cui vengono sottoposti i farmaci messi in commercio? Se i farmaci comuni - osserva Barbuiani - già costituiscono un possibile rischio, pensiamo a cosa potrebbe succedere con terapie delicate come quelle che coinvolgono il nostro Dna come la terapia genica».

Il caso «made in Usa» è comunque un giallo: chi sono i biohackers? Qual è il loro background scientifico? Potrebbero essere ex ricercatori o ex dirigenti di società farmaceutiche? Si definiscono «biologi indipendenti» e adesso pretendono che la loro «versione» sia testata da aziende e università e parlano di una tecnica nuova, che utilizza ipotetici «minicircles» di Dna, mentre la terapia genica si avvale di virus vettori che introducono il gene sano nelle cellule. «Se i «minicircles», di cui non ho mai sentito parlare, fossero altrettanto efficaci - riflette il professore - perché non li adottano anche le case farmaceutiche? E, se non lo sono, c'è qualcuno che può illustrarci le loro potenziali conseguenze?». —



Comitato 'Sì alla libertà di culto' «Stralciare la questione-moschea»

«CHIEDIAMO che venga stralciato dalla variante stadio la parte relativa alla trasformazione in parcheggio dell'area destinata a luogo di culto e che si cominci finalmente ad aprire un dialogo fra le parti». Più chiara di così non potrebbe essere la posizione del Comitato 'Sì alla libertà di culto', nato subito dopo la decisione del comune di espropriare il terreno di via del Brennero acquistato dalla comunità islamica per realizzarvi la moschea. La variante per la ristrutturazione dell'Arena, peraltro, secondo i rappresentanti del Comitato ha solo da trarre beneficio dallo stralcio della parte relativa al terreno lungo via del Brennero: «Il suo iter, infatti, verrà alquanto complicato dal contenzioso che si è già instaurato con il ricorso al Tar della comunità islamica, la cui prima udienza si svolgerà il 12 settembre». Timori che, però, l'assessore all'urbanistica Dringoli aveva fugato nel corso della riunioni in Commissione: «Necessario, ricominciare da capo se il Tar dovesse darci torto? Non credo proprio, al massimo – aveva detto – si dovrà ripermetrare l'area, escludendo quella oggetto del contenzioso».



DIRITTI IN COMUNE**«Pronti a dare
battaglia
sui nostri
emendamenti»**

LO STADIO a Porta a Lucca proprio non è in discussione: «Già nell'aprile 2017 presentammo un emendamento, che fu bocciato senza alcuna motivazione, alla variante di monitoraggio con cui si prevedeva che l'Arena rimanesse nella sua sede attuale proponendo di cancellare la previsione urbanistica di Ospedaletto» dicono Tiziana Nadalutti e Federico Olivieri di Diritti in Comune. Eppure, oggi la lista rappresentata in consiglio comunale da Francesco Auletta darà battaglia e ha già preannunciato il suo 'no' all'adozione della variante: «Potremmo prendere in considerazione un voto diverso solo se saranno prese in considerazione le nostre richieste che formuleremo sotto forma di emendamenti» spiegano i due rappresentanti. La prima delle quali riguarda proprio «lo stralcio dell'area della moschea dalla variante dello stadio. Perché – spiegano ancora Nadalutti e Olivieri – la giunta Conti ha giocato sporco: in questi mesi la Lega ha portato avanti una vera e propria crociata contro la realizzazione della moschea, utilizzando la variante sullo stadio come vero e proprio cavallo di Troia della battaglia islamofoba: legare i due procedimenti inquina la discussione e serve solo a mettere a tacere i malumori nella maggioranza e a costruire artificiosamente un conflitto fra tifosi e comunità islamica». Un altro emendamento, invece, riguarderà le aree commerciali: «Vogliamo difendere i negozi di prossimità e dunque chiederemo di togliere dalla variante la previsione di una media struttura di vendita che nulla ha a che vedere con l'impianto sportivo». Infine la mobilità: «Ad oggi si prevede di coprire con parcheggi tutte le aree verdi del quartiere partendo dall'assunto che l'auto è il mezzo di trasporto per andare allo stadio e questo non ci convince assolutamente».

F.P.

NUOVO STADIO

Raffaele
Latrofa

Ok in commissione
Il progetto in consiglio
Malumori sul verde

■ A pagina 4

Nuovo stadio, oggi il disco verde

La variante va in consiglio: voto scontato, ma non senza polemiche

I DUBBI

Pesano il parcheggio su via del Brennero e l'impatto sul quartiere

di FRANCESCO PALETTI

POLEMICHE, discussioni e proposte l'accompagnano da mesi e, sicuramente, sono destinate a proseguire anche dopo. Intanto, però, è arrivato il momento delle prime decisioni: ieri, infatti, c'è stato il via libera da parte della Prima commissione consiliare all'adozione della variante per la radicale ristrutturazione dell'**Arena Garibaldi** e oggi il documento approda in **consiglio comunale**. L'esito della discussione è scontato, perché la maggioranza ha i numeri per far passare la proposta, almeno tanto quanto le polemiche che infiammeranno la seduta. Le avvisaglie si sono già avute nelle riunioni in Commissione, l'ultima delle quali, ieri mattina è stata aperta dall'intervento delle associazioni ambientaliste e si è chiusa con il voto favorevole di **Legha, FdI e Gruppo Misto** (rappresentato dall'ex leghista **Manuel Laurora**) ma anche del **M5S** mentre i consiglieri del **Pd** non hanno partecipato al voto.

NESSUNO, comunque, mette più in discussione l'ipotesi di spostare l'**Arena da Porta a Lucca**. Per tutte le forze politiche rappresentate a Palazzo Gambacorti l'idea di un nuovo stadio ad **Ospedaletto** non è più all'ordine del giorno. Eppure di punti critici ve ne sono ancora parecchi. A cominciare dalla scelta di accorpate la variante per la ristrutturazione dello stadio con quella per realizzare un parcheggio nell'area lungo **via del Brennero** di proprietà della comunità islamica e destinata alla realizzazione della **moschea**. Una decisione su cui fra due giorni si pronuncerà anche il Tar. Altro tema sensibile è quello delle dimensioni delle superfici di vendita sollevato nei giorni scorsi dalle associazioni ambientaliste: «Il nuovo progetto prevede una superficie commerciale complessiva di 3.650 metri quadrati, ai quali se ne aggiungono altri 1.200 di somministrazione di cibi e bevande, dimensioni nettamente superiori al punto vendita Lidl lungo l'Aurelia che, pur essendo il più grande della Toscana fra quelli del gigante tedesco della grande distribuzione, si ferma a 2.600 metri quadrati – avevano scritto – un'attività commerciale di queste dimensioni è un mi-

cidiale attrattore di traffico».

INFINE, appunto, **la mobilità**, i parcheggi in particolare, e i timori sollevati da alcuni residenti che siano realizzati a danno delle aree verdi pubbliche presenti a **Porta a Lucca**. Al riguardo la relazione urbanistica allegata alla variante prevede cinque nuove aree di sosta: in **via Rindi**, accanto all'area a verde attrezzata; in **via Paparelli**, recuperando le aree adiacenti al parcheggio e destinandole al mercato che, oggi, per due giorni la settimana occupa l'area di sosta rendendola di fatto inutilizzabile; in **via di Gello**, risistemando un'area pubblicata sterrata da tempo utilizzata come parcheggio; in **via del Brennero**, appunto, nei terreni acquistati dalla comunità islamica per realizzarvi la moschea e in **via Atleti Azzurri d'Italia**, da destinare ad area di sosta per le tifoserie ospiti aggiuntiva (in caso di necessità) a al parcheggio di **via Piave**. In ogni caso tempo per apportare correttivi e modifiche ve ne sarà ancora, pure in caso di voto favorevole questo pomeriggio a Palazzo Gambacorti: dopo l'adozione infatti, vi saranno due mesi per presentare osservazioni con richieste di modifiche e integrazioni.





PROGETTO Ecco come sarà la nuova Arena a Porta a Lucca

«Non toccate le aree verdi. I nuovi parcheggi? Siano interrati»

«**OGNUNO** la pensi come vuole sullo stadio a Porta a Lucca, ma non si tocchino le poche aree a verde ancora presenti nel quartiere». Parte da qui **Andrea Binetti**, informatico di 48 anni, residente da tempo in via XXIV Maggio, a due passi dall'Arena, e un figlio che frequenta le medie «Mazzini». Per spiegare come mai, subito dopo l'assemblea pubblica d'inizio giugno, quella organizzata nella sede della Filarmonica Pisana di via Contessa Matilde, ha preso carta e penna e lanciato una petizione on line su change.org che, in pochi mesi, ha già raccolto 423 adesioni, molte delle quali fra residenti del quartiere.

IN PARTICOLARE i firmatari della petizione dicono «no» alla realizzazione di «nuovi parcheggi che andrebbero a privare i residenti di Porta a Lucca e, in particolare, i bambini, dei cosiddetti **giardini «Ugo Rindi»**, un'area a verde contigua alla **scuola media «Mazzini»** e all'**Istituto professionale «Fascetti»**, nonché uno degli ultimi luoghi pubblici del quartiere in cui poter giocare».

POLLICE verso anche per l'ipotesi di creare «un nuovo parcheggio lungo via di Gello» dato che «pure in quel caso vi sono aree verdi usate a scopo ricreativo da ragazzi del quartiere che,

semmai, andrebbero attrezzate meglio». E giudizio negativo anche sull'ipotesi di «asfaltare una vasta zona di prati in un'area compresa fra la ferrovia e il **Palazzetto dello Sport** in cui realizzare il parcheggio per la tifoseria ospite».

DA QUI la richiesta: «La variante urbanistica escluda in modo tassativo ogni previsione di ulteriore consumo di suolo e, in particolare, rinunci, alla realizzazione di nuovi parcheggi tra le **vie Rindi, Tino di Camaino e Gentileschi**, alla realizzazione di un nuovo parcheggio in via di Gello, all'ampliamento dei aree di sosta di **Via Atleti Azzurri Pisani e dei parcheggi scambiatori delle vie Paparelli e Pietrasantina»**.

Non solo, i firmatari chiedono anche «di evitare l'abbattimento delle alberature esistenti se non nei di pubblica incolumità, e di sostituirli con un numero pari o superiore di piante aventi uno sviluppo arboreo non inferiore a quelle abbattute». Infine la proposta: «Nel caso in cui si ritenga irrinunciabile la realizzazione di nuovi posti auto si chiede, di ricavarli realizzando dei parcheggi sotterranei o trasformando in multipiano alcuni di quelli esistenti senza nessuna perdita in termini di superfici non impermeabilizzate e alberi».

Francesco Paletti



Andrea Binetti



NUOVO GOVERNO

**Gelli e Fontanelli
in corsa per un posto
da sottosegretario**

■ A pagina 6

Governo, in corsa Gelli e Fontanelli

Pd e Leu pronti a proporli come sottosegretari. Riflessi per la Regione

TRATTATIVE

Per l'ex presidente delle Acli sostegno unanime dai dem.

L'ex sindaco piace al premier

DUE PISANI sperano di sedere tra i banchi del governo grazie alla sponsorizzazione dei loro partiti di appartenenza. Si tratta di **Federico Gelli** (Pd) e di **Paolo Fontanelli** (Leu). Il primo sembra essere, al momento, quello ad avere le maggiori chance per entrare a far parte della squadra del premier **Giuseppe Conte**. Per lui tutte le aree dem sono d'accordo per un incarico alla Sanità, settore dal quale proviene professionalmente e per il quale ha speso anche gran parte della sua attività politica ricoprendo anche l'incarico di responsabile nazionale per il partito Democratico. Su Gelli ci sarebbe, stando ai rumors politici, unanimità di vedute da parte delle diverse anime dem (anche se manca ancora l'equilibrio di genere nelle nomine di uomini e donne in quota Pd), ma deve superare la concorrenza di altri democratici toscani in corsa (**Vincenzo Ceccarelli**, **Rosa Maria Di Giorgi** e il livornese **Andrea Romano**). Tuttavia se arrivasse, come auspicano i sostenitori di Gelli, anche l'investitura ufficiale da parte del futuro commissario europeo **Paolo Gentiloni**, allora per l'ex presidente delle Acli pisane sarebbe fatta. La sua nomina nell'esecutivo

giallorosso provocherebbe, in seno al Pd, un effetto domino non da poco anche in vista delle Regionali di primavera e potrebbe aprire un'autostrada politica per la candidatura a presidente della Regione dell'attuale presidente del consiglio regionale, **Eugenio Gianni**, che piace molto alla componente renziana del partito.

L'EX SINDACO, Paolo Fontanelli, invece, occuperebbe uno dei due posti che spetterebbero a Leu nella compagine dei sottosegretari (con oltre 40 poltrone da assegnare tra M5S, dem e la forza di sinistra). Su di lui ci sarebbe il gradimento del leader nazionale del partito **Roberto Speranza**, neo ministro della salute che si troverebbe a lavorare insieme a Gelli, che avrebbe anche indicato il nome della deputata ambientalista **Rossella Muroli**. Inoltre, l'esperienza di Fontanelli, politico di lungo corso e profondo conoscitore anche delle dinamiche parlamentari, sarebbe molto gradita anche al premier Conte che guida un governo appena nato su equilibri politici piuttosto fragili.

Gab. Mas.



SANITA' Federico Gelli in pole per un posto da sottosegretario



PORTA A LUCCA

Centinaia di firme in poche ore contro il progetto del nuovo stadio

Comitati e residenti dicono sì al restyling ma contestano la previsione di ulteriori parcheggi

Si allarga il fronte del no alla variante urbanistica per il nuovo stadio. Almeno per quanto riguarda l'impostazione che l'amministrazione ha dato al documento che proprio oggi approda in consiglio comunale. La realizzazione dei nuovi parcheggi intorno alla nuova Arena Garibaldi trova l'opposizione di associazioni, comitati e di quasi cinquecento persone che, in poche ore, hanno firmato una petizione per dire no all'ulteriore cementificazione del quartiere di Porta a Lucca. **RENZULLO / IN CRONACA**

ADOZIONE DELL'ATTO

Nuova Arena, il consiglio vota la variante urbanistica

IL DIBATTITO IN CITTÀ

«Sì al restyling, no ai parcheggi» Centinaia di firme tra i residenti

Diritti in Comune annuncia diversi emendamenti:
«Stralciare dal piano l'area destinata alla moschea»

PISA. Si allarga il fronte del no alla variante urbanistica per il nuovo stadio. Almeno per quanto riguarda l'impostazione che l'amministrazione ha dato al documento che oggi approda in consiglio comunale. La realizzazione dei nuovi parcheggi trova l'opposizione di associazioni, comitati e di quasi 500 persone che, in poche ore, hanno firmato una petizione per dire no all'ulteriore cementificazione di Porta a Luc-

ca.

LA PETIZIONE

«La petizione - spiegano i promotori - è finalizzata a scongiurare la previsione di realizzare decine di migliaia di metri quadri di parcheggi a scapito di giardini pubblici, terreni incolti e campi. Una previsione che, se concretizzata, avrà un impatto fortemente negativo per i residenti in aree già eccessivamente urbanizzate e prive di

verde pubblico. La previsione - proseguono gli organizzatori della raccolta firme - insiste su



aree in gran parte non impermeabilizzate, per un totale di circa 100mila metri quadri. I nuovi parcheggi andrebbero a privare i residenti di Porta a Lucca dei giardini "Ugo Rindi", ma nefasta è anche l'ipotesi di creare un nuovo parcheggio in via di Gello». Anche l'opzione di estendere il parcheggio scambiatore di via Paparelli o, eventualmente, quello in via Pietrasantina «è - continuano - profondamente sbagliata, senza contare che si vorrebbe asfaltare anche una vasta zona di prati in un'area compresa tra la ferrovia e il palazzetto dello sport per realizzare il "parcheggio della tifoseria ospite" mentre l'ennesimo parcheggio è previsto nell'area destinata alla moschea. Un simile consumo di suolo è un sacrificio non accettabile per la città che già paga un pesante dazio per i massicci flussi di veicoli in termini di scarsa vivibilità dei quartieri periferici, luoghi dove i bambini vivono rinchiusi in casa per mancanza di spazi adeguati».

GLI EMENDAMENTI

Lo stop a nuovi parcheggi è chiesto anche dalla coalizione

Diritti in comune, che annuncia la presentazione di tre emendamenti alla variante. Uno è volto ad eliminare la previsione di costruire nuovi parcheggi che porterebbero «nuovo traffico, caos ed inquinamento nel quartiere». La forza politica chiede invece di incrementare i servizi pubblici, favorire la mobilità dolce ed eventualmente verificare la possibilità di realizzare un parcheggio sotterraneo. Il secondo emendamento punta invece ad eliminare la previsione di costruire una media struttura di vendita «che nulla ha a che vedere con l'impianto sportivo - spiega la coalizione - che attirerà ulteriore traffico, uccidendo il commercio di prossimità. Ad oggi manca il Piano economico-finanziario su cui valutare la credibilità dell'investimento e dell'operazione: questo rende ancora meno accettabile una simile previsione commerciale».

IL LUOGO DI CULTO

L'ultimo emendamento ha l'obiettivo di stralciare dalla variante l'area di proprietà della comunità islamica destinata alla costruzione della moschea.

«La Lega - prosegue la coalizione - ha portato avanti una crociata contro la moschea. La variante ad hoc era ferma ed ha deciso di inserirla in quella sullo stadio, fatta diventare un cavallo di Troia della battaglia islamofoba. Legare i due procedimenti serve solo a mettere a tacere dissensi e malumori nella maggioranza e costruire un "conflitto" tra comunità islamica e tifosi sperando di portare a casa la cancellazione della moschea, anche se quell'area non è indispensabile al progetto stadio. Più volte abbiamo ribadito di essere favorevoli alla realizzazione del nuovo stadio nell'area dell'Arena opponendoci alle previsioni di costruire il nuovo impianto sportivo ad Ospedaletto - conclude Diritti in comune -. Mantenere uno stadio al centro della città è una difficile sfida urbanistica, ma può rappresentare l'occasione di riqualificare la zona. Sono però molti i nodi da sciogliere affinché il nuovo stadio possa diventare un'opportunità e non l'ennesimo disastro urbanistico». —

Danilo Renzullo

BY NC ND ALGUNI DIRITTI RISERVATI



L'area di Porta a Lucca di proprietà della comunità islamica: anche lì è previsto un parcheggio (FOTO MUZZI)

ADOZIONE DELL'ATTO

Nuova Arena, il consiglio vota la variante urbanistica

Da oggi scatteranno i 60 giorni per le osservazioni che saranno a loro volta discusse dall'assemblea prima dell'approvazione definitiva

PISA. Arriva oggi in consiglio comunale la proposta di adozione della cosiddetta "variante stadio". In pratica, il sì al restyling dell'Arena Garibaldi. Ma l'atto, a livello urbanistico, dice più cose: che il nuovo impianto non si farà più ad Ospedaletto, come dicono invece le carte attuali; e che viene cancellata la previsione di costruire al posto dell'Arena palazzi e un parco pubblico. La stessa variante dice anche che la moschea non si farà più nei terreni di via del Brennero, perché quell'area serve per ulteriori parcheggi proprio a servizio dello stadio.

Su questo fronte, giovedì ci sarà il pronunciamento del Tar dopo il ricorso della comunità islamica pisana che chiede la sospensiva del provvedimento. Se ciò dovesse avvenire, l'amministrazione dovrà rivedere i termini della "variante stadio" stralciando in qualche modo la parte relativa alla moschea e portando avanti il resto della pratica Arena.

I passi successivi al voto odierno a Palazzo Gambacorti (in commissione, oltre alla maggioranza, c'è stato il sì di M5S) saranno sessanta giorni in cui si potranno presentare le osservazioni a quanto contenuto nell'atto. Poi la variante tornerà in consiglio comunale per la discussione delle osservazioni e per l'approvazione. A quel punto è stabilito in via definitiva che lo stadio non si farà più ad Ospedaletto e che resterà a Porta a Lucca.

Quello che diventerà l'Arena è scritto a grandi linee nel piano predisposto dallo studio Iotti+Pavarani per conto di Dea Capital Real Estate. Questa società, d'intesa con il Pisa Sc, è il soggetto promotore del restyling dell'Arena, destinata a diventare «un impianto che dovrà svolgere molteplici funzioni, anche di carattere commerciale e di servizi, interessanti la popolazione del quartiere e dell'intera città», come si legge nell'atto in discussione oggi in consiglio comunale.

Non da meno il fatto che, si legge ancora, è prevista «l'eliminazione delle barriere fisiche che oggi si rendono necessarie per la sicurezza delle manifestazioni sportive», ovvero le cancellate tanto criticate.

Quando la variante sarà stata approvata, presumibilmente ad inizio del prossimo anno, la parte pubblica dell'operazione sarà di fatto conclusa.

Il resto dovrà vedere protagonisti Dea Capital e Pisa Sc. Con in mano la variante approvata, il progetto definitivo che dovrà essere realizzato da Iotti+Pavarani e il piano economico finanziario (dunque, come far fruttare il nuovo stadio/contenitore di eventi da 16.500 posti) dovranno ottenere da Invimit Sgr, una società di gestione del risparmio del ministero dell'Economia e delle Finanze, il finanziamento necessario, intorno ai 30 milioni di euro.

In seguito dovrà essere formato il fondo che dovrà restituire prestito ed interessi, gestire e rendere remunerativa la nuova Arena. Ne faranno parte, con quote diverse, Invimit, il Comune di Pisa, il Pisa Sc e probabilmente il Credito Sportivo. —

Francesco Loi



Il disegno della nuova Arena



SANITÀ RIDIMENSIONATA

Dieci anni di tagli: Utic, pediatria e punto nascita i casi emblematici

Ecco cosa è cambiato al Santa Maria Maddalena dal 2009, tra riorganizzazioni e perdita di servizi

Calo demografico e riduzione della spe all'origine delle scelt di Regione e Asl

VOLTERRA. C'era una volta l'ospedale di Volterra con numero di reparti e personale e quantità di utenza superiori allo stato attuale. Una progressiva perdita di servizi che è andata di pari passo con la diminuzione della popolazione del territorio di riferimento, la Valdicecina. Secondo i dati Istat, infatti, Volterra è passata dagli 11.247 abitanti del 2001 ai 10.159 del 2018. Pomarance, invece, un anno fa era a quota 5.661, mentre nel 2001 era a 6.303, Castelnuovo ha perso 300 residenti in diciotto anni (da 2.460 a 2.162), mentre Montecatini Valdicecina aveva 2.012 abitanti e ora ne ha 1.669.

Numeri in calo che gli enti chiamati a razionalizzare i costi della sanità pubblica hanno sempre portato come elemento decisivo per rivedere l'organizzazione e, soprattutto, "tagliare il tagliabile". Una posizione contestata

spesso dalle amministrazioni comunali che si opponeva portando dati sull'età avanzata della popolazione e l'estensione del territorio, tra i più vasti in Toscana. Un braccio di ferro andato avanti per anni e che sembra destinato a proseguire. E il clima perennemente acceso sulla sanità e l'ospedale lo dimostra.

Del resto, se guardiamo agli ultimi dieci anni, il Santa Maria Maddalena ha inesorabilmente perso posti letto e servizi. Nel 2009, chirurgia era già un reparto multidisciplinare con, ovviamente, chirurgia e specialistici di urologia, ortopedia e oculistica. Il reparto era composto da circa 45 posti letto con un'area per le degenze lunghe e una per quelle brevi. Oggi la situazione del reparto vede sempre la presenza di chirurgia in cui si trattano le stesse specialistiche, si fanno sempre le urgenze chirurgiche e ortopediche, ma per gli interventi di urologia si deve andare a Pontedera, città da cui proviene un oculista una volta a settimana, anche se ad agosto c'è stata la sospensione delle visite per un medico specialista in ferie e l'assenza

di sostituti.

Ortopedia, tra l'altro, ha un primario che, però, sembra destinato ad andarsene in un altro ospedale e a quel punto l'ortopedia volterrana diventerà molto probabilmente una sezione dell'ospedale di Pontedera.

Dieci anni fa, il reparto di Medicina aveva poco più di 32 posti letto e l'Unità di terapia intensiva cardiologica (Utic) ne aveva 12, sei per la terapia intensiva e altrettanti per quella subintensiva. Oggi l'Utic è inglobato in Medicina con quattro posti letto di cui uno per l'intensiva.

Pediatria, nel 2009, era stata chiusa, mantenendo il punto nascita, mentre ostetricia e ginecologia era in forte riduzione. Dopo dieci anni, il punto nascita è stato chiuso, il reparto di ostetricia e ginecologia è chiuso di notte, mentre pediatria è attivo, ma non ventiquattro ore al giorno. Una lunga battaglia, quella delle mamme della Valdicecina per aumentare il livello di assistenza pediatrica che deve ancora essere conclusa. —

Andreas Quirici

BY-NC-ND. AL CUI DIRITTI RISERVATI





Una manifestazione in difesa dell'ospedale di Volterra

(FOTOFRANCO SILVI)

STORIE/1

«Mi sono operato al ginocchio Dopo un anno scalo le montagne»

La testimonianza di un paziente del reparto di ortopedia che difende il presidio sanitario Il caso di un uomo ferito alla milza e "salvato" a chirurgia

VOLTERRA. La chirurgia d'urgenza è fondamentale per un ospedale decentrato come quello di Volterra. Lo dimostrano gli interventi salvavita eseguiti in seguito a gravi incidenti stradali o a traumi che abbiano comportato lesioni alla milza. Oppure interventi chirurgici in caso di occlusioni intestinali acute in pazienti residenti nel Volterrano o che erano ricoverati in centri di riabilitazioni limitrofi all'ospedale. Interventi che aiutano a salvare vite.

Poi i pazienti, una volta operati e stabilizzati, possono essere trasferiti. A luglio, nell'ospedale della città etrusca è stata operata una donna di circa 50 anni ricoverata dopo un incidente sulle strade della Valdicecina.

Nel mese di agosto, quindi pochi giorni fa, è stato operato d'urgenza alla milza un uomo di Pomarance caduto su un bidone e ferito gravemente. L'operazione è riuscita, ma l'uomo ha rischiato la vita dopo quel trauma. Perché inizialmente non sembrava che nella caduta avesse riportato la rot-

tura della milza e quando poi ha avuto un malore non c'era tempo da perdere.

Renzo Provvedi, un altro cittadino di Volterra, ha inviato all'ex sindaco la sua testimonianza rispetto all'ospedale che i volterrani cercano di salvaguardare in ogni modo. «Vogliono mettere in discussione il gioiello dell'ospedale di Volterra? Bene, due giorni fa ho avuto la prova di cosa vuol dire avere a disposizione un ospedale come il nostro e i risultati di rilievo che produce, grazie alle alte professionalità di chi ci lavora. A febbraio 2018 ho subito un intervento di protesi al ginocchio sinistro con il dottor **Stefano Vallini**. Tanti mi avevano consigliato di rivolgermi a Pontedera o a Pisa, è stata la mia salvezza! Oggi a distanza di un anno e mezzo ho potuto scalare montagne difficili con difficoltà fino al terzo grado. Tutto questo grazie all'ortopedia di Volterra e a persone brave come Stefano Vallini, che sono una garanzia per l'ospedale. Come dicevo prima, qualcuno ancora vuole mettere in discussione l'ospedale? Questa mia storia è una delle tante eccellenze che questo presidio regala, pensiamoci volterrani. L'ospedale è troppo importante non solo per Volterra ma per tutta la Valdicecina». -

S.C.



STORIE/2

Mamma Giovanna protesta: «Odissea dopo lo svenimento di mia figlia»

Si torna a sottolineare l'esigenza di avere a disposizione un letto per l'osservazione pediatrica «Disagi per le famiglie»

VOLTERRA. La necessità di mantenere servizi efficienti all'ospedale di Volterra va oltre la chirurgia di urgenza. **Giovanna Calvani**, una mamma residente a Volterra, ha pubblicato un appello sulla pagina Facebook dell'ex sindaco di Volterra, Marco Buselli, che da sempre si batte per la salvaguardia dell'ospedale. I cittadini chiedono che sia previsto un turno di reperibilità notturna del pediatra, anche se a Pontedera è stato predisposto un pronto soccorso pediatrico. E che ci sia un ambulatorio pediatrico per l'osservazione breve. Quello che è successo a questa cittadina riassume la sostanza del problema quando i servizi si trovano a quasi cento chilometri di distanza (andata e ritorno).

«Un letto di osservazione pediatrica a Volterra. Sembra di chiedere la Luna. Invece bisogna andare a intasare ospedali già strapieni! Mi tocca lasciare gli altri due bimbi dai nonni a 80 chilometri da qui (ho cercato su

Google maps la distanza Pontedera-Monteriggioni), mio marito è tornato a dormire a Volterra. E io ho cenato con un cappuccino della macchinetta perché alle 19.30 il bar era già chiuso. Il tutto perché mia figlia ha avuto uno svenimento. Nonostante tutti gli esami fatti dalla bravissima pediatra in turno a Volterra fossero tutti a posto, essendo così piccola necessitava di osservazione per un tempo che non è stato indicato. Quando c'è necessità per i figli si va anche sulla Luna ovviamente, ma perché creare questi disagi a cascata (alle famiglie, all'ospedale già oberato di vere urgenze, al personale che deve attuare il trasferimento)? Perché noi abbiamo dovuto aspettare una dottoressa da Pisa e l'ambulanza da Pontedera per cose che si potrebbero risolvere benissimo a Volterra?», scrive la cittadina.

Stessa situazione è capitata a un'altra famiglia, il cui figlio aveva bisogno di una flebo perché disidratato. È stato accompagnato all'ospedale di Pontedera con l'ambulanza e poi dimesso. Oltre a creare un disagio per le famiglie, questa organizzazione, fanno notare i cittadini, probabilmente comporta anche maggiori costi per la sanità pubblica. —

S.C.





C'È UNA RAGIONE PER CHIAMARLA RICERCA

Intervista al prof. Mauro Ferrari

Quando abbiamo pensato a questo spazio abbiamo immaginato una presenza che potesse portare un valore aggiunto a una discussione di alto livello. Il professor Mauro Ferrari ha una storia personale, accademica e di ricercatore - è stato fino a poco fa il Ceo di uno dei primi dieci ospedali americani, lo Houston Methodist Research Institute - che si lega al futuro in un ruolo chiave: sarà dal 2020 alla guida dello European research council. Ecco l'intervista al Fortune Health Italia 2019

Ci stiamo occupando del rapporto tra tecnologia e salute. Partiamo da qui, a che punto siamo e dove stiamo andando?

Questo interessantissimo dibattito è veramente uno dei cardini dello sviluppo della società umana. L'importanza di questo è seconda a niente, questi sono i temi che decidono il futuro dell'umanità. Qualche anno fa, nel mio primo incontro significativo con Fortune, un tuo collega americano mi disse: "professore, vorrei che tu scrivessi un libro per dire come si fa ad avere successo con le spin-off biotecnologiche". Questo, visto che avevo avuto un po' di fortuna in un paio di avventure. Gli dissi: "carissimo, con molto piacere, però temo che se prendessi in considerazione le storie di successo non riuscirei a vedere tanti fattori in comune. Sono tutte molto diverse l'una dall'altra e non credo che io possa fare una mappa per indicare come si va dal punto A al traguardo. E non credo che nessuno in realtà possa farlo". Scherzando, visto che era appena uscito un film, orribile e che spero non abbiate visto, che si chiamava 'A million ways to die in the West' mi venne in mente la risposta più appropriata: "non posso dirti come avere successo ma posso dirti 'A million ways to die in biotech'". Era uno scherzo ma lui mi disse: "sì, dai, scriviamolo". E forse lo scriveremo... Qui parliamo di come avere successo nella digital health e credo che non sia

"IL PRIMO CAPOSALDO È CHE VINCONO SEMPRE I DATI. E I DATI IN SANITÀ VENGONO DECLINATI NEL CONCETTO DI CARTELLA ELETTRONICA"

totalmente analogo al caso del biotech, in cui fondamentalmente si devono evitare le cose che ti ammazzano. La grande maggioranza delle aziende biotech restano in uno stato zombificato, per 10, 15 o 20 anni e aspettare di morire non è una grandissima vita. Credo che nella digital health la situazione sia molto diversa perché l'entità della trasformazione è così enorme che non morire basta. È sufficiente non fare alcuni errori bestiali e secondo me i risultati successivi arrivano di sicuro perché qui stiamo parlando di trasformazioni epocali.

Quindi, come va affrontata la trasformazione digitale?

Il primo caposaldo è che vincono sempre i dati. E i dati in sanità vengono declinati nel concetto di cartella elettronica ed è chiaramente lì che si vincono e si perdono le battaglie, su cosa ci va dentro, su chi ha accesso, con tutti i problemi anche etici che ne discendono. Poi c'è una considerazione tattica, perché può veramente cambiare il profilo del pharma. La considerazione strategica ha un pochino più a che fare con il mio mestiere prossimo, ovvero quello di dirigere l'European research council. Come sapete, si occupa di ricerca di base e sembra un paradosso che a guidarlo vada qualcuno come me che ha passato gli ultimi 20 anni a ridurre in pratica la scienza di base. Ma forse è proprio per aver passato tanto tempo a fare riduzione in pratica di sistemi di ricerca di base che mi rendo conto di quanto ci sia bisogno della ricerca di base di partenza. Ho da poco chiuso la mia esperienza allo Houston Methodist. Nel corso di 10 anni ho assunto più o meno 2000 persone, siamo passati da 0 a 2000 sperimentazioni cliniche a da 0 a quasi 200 milioni di investimento di ricerca annuale in tanti settori diversi.

Hai fatto riferimento agli errori bestiali e a Fortune. Nella nostra vision c'è proprio l'idea di non raccontare solo esperienze di successo ma anche di andare a vedere lì dove gli errori, a volte bestiali, incidono in maniera drammatica. Abbiamo pubblicato recentemente un'inchiesta proprio sui fascicoli elettronici digitali negli Stati Uniti: 10 anni dopo la loro introduzione, e dopo aver speso 36 mld di dollari, la situazione non è proprio così rosea. L'inchiesta documenta una serie di errori causati da una cattiva lettura dei dati e da un incrocio sbagliato di informazioni. Quali sono i rischi

legati alla alla trasformazione digitale?

Un sistema come Methodist ha 26mila dipendenti, un fatturato annuale di circa 7 mld di dollari e la trasformazione digitale nel fascicolo elettronico costa diverse centinaia di milioni di dollari: sbagliare in questo passaggio vuol dire certamente fallire, come è capitato a diversi sistemi americani e come avete giustamente scritto in quell'articolo. Ma non c'è dubbio che un sistema ospedaliero che non si aggiorna, che non ha accesso a una cosa del genere, è destinato a fallire in un mondo competitivo come quello statunitense.

Il tuo è un percorso molto interdisciplinare, sei esperto in nanotecnologie e bio-ingegneria applicata alla medicina: quanto è importante nella ricerca tenere insieme discipline diverse?

Tornando a parlare di fallimenti, posso dire che quando mi invitano a parlare della mia esperienza la conferenza si intitola 'I miei 28 anni di fallimenti alla ricerca di una terapia curativa per le metastasi polmonari ed epatiche che sono la causa principale di morte di cancro'. La realtà che poi chiarisco subito, appena inizio a parlare, è che parlo solo di fallimenti in quella particolare sfida, perché ho cominciato a fallire molto prima. E la ragione per cui sono così interdisciplinare è che ho fallito in tutte le varie discipline delle quali mi sono interessato. Vengo da un piccolo paesino vicino a Udine ed era molto importante uscirne appena possibile per tante buone ragioni. È un paese che io porto nel cuore, mi considero un friulano impenitente e sono un grande amante della mia terra, però era chiaro che non c'erano tantissime opportunità in un paesino nato sotto la ferriera degli anni fascisti e dove l'unica altra azienda era la distilleria che vendeva tutto localmente, e si vedeva. Eravamo tanti figli di militari, perché eravamo tutti lì al confine col nemico, e tanti figli degli operai della ferriera. Quindi cercavo di trovare occasioni per vedere un po' di mondo al di là della ferriera e della distilleria. Ho provato con lo sport, nella pallacanestro, nel calcio e non parliamo del rugby. Ho cominciato ad allenare nel basket e a un certo punto sono arrivato in serie A come vice allenatore e quando il mio capo allenatore viene segato mandano a casa anche me. Io in settimana avevo anche perso la fidanzata e tornando a casa col trenino passo per l'università a iscrivermi al terzo anno di astronomia, la mia passione scientifica della vita. Mi dicono "giovannotto, lei non ha fatto i



MAURO FERRARI
Presidente Erc
dal 2020

Sessant'anni, è stato designato come prossimo presidente dello European research council (Erc), la principale agenzia di finanziamento della Ue che ogni anno assegna borse di ricerca nei paesi europei. Impegnato nella ricerca sulle nanotecnologie e nel campo della bioingegneria applicata alla medicina, è stato presidente e Ceo dello Houston Methodist Research Institute, uno fra i primi dieci ospedali americani

laboratori e senza non si può iscrivere al terzo anno". E dato che essere interdisciplinari vuol dire soprattutto sapersi adattare alle situazioni, chiedo se non ci sia un corso di laurea che posso frequentare senza perdere gli esami che ho fatto. Mi dice: "matematica". E io rispondo: "matematica è il sogno della mia vita". Per qualche ragione, mi danno una borsa di studio per andare a fare i modelli matematici per l'evoluzione delle galassie a Berkley, in California. Vado e cerco di fare il meglio possibile. Alla fine dell'anno arriva un professore e mi dice: "ho visto i tuoi lavori di matematica applicata e se vuoi abbiamo i soldi per pagarti il dottorato però, attenzione, che non è in astronomia e non è in matematica, è in ingegneria meccanica". Rispondo: il sogno della mia vita. Poi, due anni e mezzo dopo, il posto fisso da docente. Però c'è un problema, non sta a matematica, non sta ad astronomia, non sta a ingegneria meccanica: è un incarico a metà fra due facoltà di ingegneria civile e scienza dei materiali e cosa gli ho detto? "È il sogno della mia vita". A quel punto lì la mia signora, Maria Luisa, a 32 anni e con tre figli, si ammala di cancro e muore. Il sogno della mia vita diventa mettere tutto quello che avevo imparato, anche se veniva da mondi molto diversi, al servizio della lotta contro cancro. Parlando con i medici che si occupavano di Maria Luisa, scopro che uccidere le cellule di cancro in provetta è molto facile, basta una goccia d'acqua, ma che il problema è portare i farmaci al punto giusto, dove serve. E da lì è partita tutta questa storia che dicevamo prima. Abbiamo vissuto 28 anni di fallimenti consecutivi nel tentativo di portare i farmaci nei posti giusti all'interno del corpo in maniera personalizzata. È nata la micro e poi la nano, e i sistemi multistadio, che adesso fortunatamente sono andati in mano a gente molto più intelligente e più brava di me.

Un racconto del genere aiuta a capire perché siamo stati fortunati. Hai parlato della tua storia e allora ti chiedo: quanto incide nella ricerca la spinta dell'esperienza personale?

È quello che cerco di insegnare ai ragazzi, è il bello della vita. Quando ti guardi allo specchio non ti devi sentire troppo a disagio. Voglio guardarmi allo specchio e vedere qualcuno che ha fatto qualcosa per chi ne ha bisogno. Non voglio fare il francescano, anch'io ho la mia bella macchina e sono contento eccetera eccetera... Però questa è una componente essenziale e ci consente di sopportare 1000 sconfitte e di rialzarci sempre. C'è una ragione per cui si chiama 'ricerca' e non 'cerca': è una ri-ri-ri cerca e tutte le sconfitte, che sono la norma, possono scoraggiare fino a indurre a mollare. Se, invece, ti ricordi perché stai fa-

cendo quello che fai, rialzarti ti viene automatico e quindi io credo che sia veramente importante proprio per dare questo senso di cocciutaggine, di 'rifiutarsi di morire', come si dice in inglese.

Ora possiamo guardare avanti. Quali saranno le priorità del suo mandato alla guida dell'European research council? Da dove partiamo?

Sono veramente molto innamorato dello European research council. Finanzia ricerca basata soltanto sul criterio di eccellenza, nessun altro criterio, perché ci sono altre strutture all'interno dell'Unione Europea che si occupano di altre cose. Anche per questo è un privilegio stare nella posizione in cui starò. Tutti noi abbiamo il grave problema che non sappiamo quante cose non sappiamo e invece io lo so benissimo: ovunque mi giri, lì dentro, vedo che non so assolutamente niente perché sono circondato da persone straordinarie, che sono esperte in tantissimi settori che non sapevo neanche esistessero, provo un senso di ignoranza enciclopedica che è molto sano. Finanziamo la ricerca di base più meritoria nelle scienze fisiche, nella matematica, in ingegneria, nelle scienze biologiche, in quelle biomediche e in quelle umanistiche. Tutto, assolutamente tutto a 360°. Non scelgo io cosa viene finanziato, c'è un sistema di revisori con rappresentanti di tutti i Paesi europei. Il mio mestiere è fare in modo che le valutazioni vengano svolte in maniera corretta e il mio lavoro è quello di aiutare a sviluppare le visioni strategiche per il futuro.

Abuso di un momento di confidenza che abbiamo avuto prima di iniziare l'intervista per dirvi che il prof. Ferrari si è presentato ai suoi futuri datori di lavoro dicendo che lui non era la persona adatta a ricoprire il ruolo, che assolutamente non dovevano scegliere lui, che aveva un percorso che non era adatto alla posizione...

Sono andato a dire quello che pensavo. Con tutto il talento che c'è in Europa mi sembrava uno spreco dare l'incarico a un americano. Sono entrato e c'era un famoso ex primo ministro italiano, un signore che aveva vinto un premio Nobel, e una signora italiana che gestisce il centro di fisica più grande del mondo, che capita stia in Svizzera, un signore che è il presidente della commissione che dà i premi Nobel per la medicina: ho detto "bene, chi vuole il caffè, posso pulire le finestre, cosa posso fare per voi?" Il bello di quel sistema è che mi permette di fare l'unica cosa che mi interessa fare, il servitore: sono al servizio di tutti questi grandi scienziati che ci sono in Europa e, tramite loro, delle persone che possono trarre benefici dalle loro ricerche.

Ti sei definito americano, in realtà sei un italiano che ha trovato negli Stati Uniti tutto quello che hai trovato. Parliamo di cervelli in fuga e del capitale umano che perdiamo in Italia...

La prima cosa da dire è che c'è il mito, purtroppo alimentato anche dalla stampa, che con i finanziamenti di mobilità gli italiani prendono soldi che portano all'estero. La realtà è un'altra. Ci sono italiani che vincono un grant e se lo portano a Londra o a Parigi per ragioni che hanno a che fare con loro scelte personali ma i numeri in realtà dicono che il flusso al contrario è di molto superiore: quando hanno la possibilità di ritornare in Italia portandosi i finanziamenti per poter fare la ricerca lo fanno perché è il sogno della loro vita. Il numero che a me preoccupa di più è il fatto che degli italiani che vanno a fare il dottorato il 24% vanno all'estero, mentre la media Europea è il 7%. Non c'è nessun problema ad andare a imparare nei posti migliori però, se andiamo a vedere i numeri, sono chiaramente sproporzionati e il suggerimento che do all'Italia è lo stesso suggerimento che do a tutti gli altri Paesi: bisogna investire in ricerca; se andiamo a vedere il grafico classico, in ascissa l'investimento in ricerca in ordinata tutte le misure possibili di qualità della vita, di longevità di economia, non c'è dubbio che la linea è retta.

Torniamo al nostro punto di partenza, la trasformazione digitale. Cosa dobbiamo aspettarci?

Viene declinato tutto attraverso la cartella elettronica: cosa ci sta e cosa non ci sta, che accessi si danno e che cosa si può fare quando si ha accesso. Queste sono battaglie etiche e politiche di un'importanza pazzesca, dividono l'umanità in sottoforme di umanità. Sono cose di un'importanza storica senza precedenti perché poi gli accessi si trasformano in algoritmi e gli algoritmi in intervento sanitario. Si creano sottofamiglie con privilegi diversi se non stiamo attenti. I dati cambiano l'intera dinamica di forza che sta alla base dell'industria farmaceutica. Bastano poche virgole di legislazione. Poi c'è il fatto che alcune linee di codice possano essere considerate un farmaco, che è un'idea veramente trasformativa. Quello che sta per succedere dopo è ancora più importante. Quelle linee di codice sono modificabili molto più rapidamente di quanto sia modificabile un ente chimico o un ente biologico. Ecco che torna il concetto di farmaco programmabile, che comporta una grossa rivoluzione strategica. ■

"ABBIAMO VISSUTO 28 ANNI DI FALLIMENTI CONSECUTIVI NEL TENTATIVO DI PORTARE I FARMACI NEI POSTI GIUSTI ALL'INTERNO DEL CORPO"

UNO STUDIO ITALIANO RIVOLUZIONARIO

Fumo, il cancro non è uguale per tutti

Screening calcola il rischio-tumore e apre alla diagnosi precoce

■ Il tumore non è uguale per tutti. Non per i fumatori, almeno. Lo rivela uno studio dell'Istituto nazionale tumori (Int) di Milano, sostenuto dall'Associazione italiana per la ricerca sul cancro (Airc) e presentato a Barcellona alla Conferenza mondiale dell'International Association for the Study of Lung Center (Iaslc). Un lavoro che sfata molti pregiudizi e che soprattutto rappresenta una buona notizia perché apre alla possibilità di fare una diagnosi precoce del carcinoma polmonare dal momento che «è possibile - come si legge nel report - stabilire in anticipo chi ha maggiori probabilità di sviluppare la malattia e definire un calendario di controlli ed eventuali misure da adottare».

Lo studio, ribattezzato «bioMild», ha analizzato per diversi anni 4mila persone: un campione composto per il 70 per cento da fumatori forti e di lungo corso, over 55 che «bruciano» da almeno 30 anni un pacchetto al giorno, e per il restante 30 per cento da volontari nella fascia d'età 50-55 anni che fumano almeno 30 sigarette al giorno da tre decenni. Tutti sono stati sottoposti a Ldct (screening con tac a basso dosaggio) e a un test molecolare sul sangue, una combinazione che ha dimostrato che, come spiega Ugo Pastorino, direttore della Struttura complessa di Chirurgia toracica dell'Irccs milanese, «a parità di esposizione, il rischio biologico è diverso». Il 58 per cento dei partecipanti è risultato negativo a entrambi i controlli ed è stato classificato a rischio basso di tumore del polmone, mentre il 37 è risultato positivo a uno dei due esami (rischio medio), e il restante 5 ha avuto

entrambi i valori positivi con un rischio molto più alto di ammalarsi. Questo consente di prevedere dei programmi di prevenzione personalizzati che - partendo sempre dall'idea di perdere il vizio, che riduce fino al 50 per cento la mortalità da tumore al polmone - riduce la frequenza dei controlli per chi ha un rischio basso e li intensifica per chi ha un rischio medio-alto.

Lo studio è la base scientifica del programma «Smile», appena iniziato in Istituto, che per la prima volta combina screening e prevenzione in uno studio prospettico randomizzato, «l'unico in Italia - spiega Pastorino - che permette l'adozione di una serie di interventi in contemporanea alla cessazione del fumo. Prevede infatti la combinazione di cardioaspirina e citosina che, insieme ad attività fisica e corretta alimentazione, permettono di abbattere i valori della proteina C-reattiva nel sangue, un importante marcatore dell'infiammazione cronica associata a un alto rischio di mortalità per il tumore al polmone». «Abbiamo provato - spiega Giovanni Apolone, direttore scientifico dell'Int - che, grazie allo screening prolungato per 10 anni, è possibile ottenere una riduzione della mortalità per tumore polmonare pari al 39 per cento». Il programma Smile è aperto a tutti i fumatori o ex fumatori da meno di 10 anni tra i 55 e i 75 anni. Le informazioni sono disponibili sul sito www.programmasmile.it, oppure telefonando al numero verde 800213601.



SCANNER Il tumore da fumo sarà «previsto» da Ldct e test molecolare



Una molecola potrebbe rallentare il Parkinson

Ricercatori italiani sono riusciti a contrastare il processo neurodegenerativo alla base della malattia di Parkinson grazie alle Resolvine, molecole prodotte dal nostro organismo per spegnere processi infiammatori e riparare i tessuti danneggiati. Lo sviluppo della patologia potrebbe quindi essere rallentato. Da tempo la ricerca sta puntando l'attenzione sui possibili rapporti tra stati infiammatori e malattie neurodegenerative. Nel nuovo studio, pubblicato su «Nature Communications», ricercatori dell'Università di Roma Tor Vergata, della Fondazione Santa Lucia Irccs e dell'Università Campus Bio-Medico di Roma, hanno prima rilevato un ridotto livello di una specifica Resolvina, la D1, in pazienti affetti dalla patologia intervenendo poi in modo sperimentale su modelli di laboratorio per riequilibrare la presenza di questa molecola nell'organismo. Il gruppo di ricerca è così riuscito a rallentare il processo neurodegenerativo che caratterizza la malattia di Parkinson. «Lo studio – spiega Nicola Mercuri, ordinario di Neurologia dell'Università di Roma Tor Vergata, responsabile della Linea di ricerca di Neuroscienze sperimentali dell'Irccs Santa Lucia e coordinatore del progetto – ci ha permesso di dimostrare che la proteina alfa sinucleina, nota per il ruolo chiave nello sviluppo della malattia di Parkinson, causa molto precocemente un cattivo funzionamento dei neuroni dopaminergici. Le conseguenze sono disturbi motori e cognitivi, ma anche un'aumentata neuroinfiammazione associata a ridotti livelli di Resolvina D1 che abbiamo osservato nel sangue e nel liquor cefalorachidiano di pazienti affetti da Parkinson, in cura presso il Policlinico di Tor Vergata». I risultati dello studio, sottolineano i ricercatori, offrono nuovi spunti non solo per l'individuazione di terapie efficaci ma anche nell'anticipazione dei tempi di diagnosi della malattia. Secondo gli esperti, è ragionevole ipotizzare che la presenza ridotta di Resolvine in pazienti affetti da Parkinson possa in futuro servire anche come “marcatore” precoce della malattia. Lo studio ha visto anche la collaborazione dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, dell'Università degli Studi di Perugia, dell'Università di Tubinga in Germania e dell'Università di Harvard negli Stati Uniti d'America.



Schiaffo a Big Pharma da un team di biologi-hacker americani
Riprodotta in garage una terapia che vale un milione di dollari

Ecco i Robin Hood della ricerca genetica «Se la cura è per pochi ci siamo noi pirati»

Hanno speso 7 mila dollari, si definiscono indipendenti e parlano di una «tecnica nuova»

Se la ricetta fosse divulgata e confermata le ricadute potrebbero generare confusione

IL CASO

Marco Pivato

Piratare la «ricetta» di una costosissima terapia genica e riprodurla, nel garage di casa, con appena 7 mila dollari.

Sembra una riedizione della nota serie «Breaking Bad», che comincia con uno stanco professore di chimica che, per arrotondare la paga da insegnante di liceo americano, si mette a produrre metamfetamina, nel camper di un tossicodipendente, nel deserto del New Mexico. Solo che, a differenza di «Breaking Bad», la storia è vera e al posto del professore senza scrupoli ci sono «biohackers» animati dalle migliori intenzioni: la terapia genica piratata, «Glybera», contro una grave malattia rara, la Deficienza da lipoproteina lipasi, è sul mercato europeo dal 2015 per 1 milione di dollari a trattamento.

«La terapia alternativa invece - ha affermato uno dei biohackers, Gabriel Licina - è stata sviluppata in un capan-

none nel Mississippi, in un magazzino in Florida, in una camera da letto in Indiana e su un computer in Austria con meno di 7 mila dollari». E, dunque, potrebbe fare concorrenza alle multinazionali del farmaco.

Potrebbe essere una truffa e la terapia non funzionare affatto e, in più, come si può far arrivare ai pazienti un farmaco illegale? Eppure il clamoroso caso non è da sottovalutare: basta un precedente del genere per scatenare le associazioni di pazienti.

Il drammatico episodio Stamina (la sedicente terapia che prometteva di curare alcune malattie neurodegenerative, messa a punto dall'«esperto» Davide Vannoni, ancora in guai giudiziari) incantò la politica e non solo i pazienti, dando il via a inutili e costose sperimentazioni che, infine, certificarono il raggio, a spese dei contribuenti (per la sperimentazione autorizzata dal ministero) e delle speranze di migliaia di malati. Il «biohacking» americano, tuttavia, è più complesso. Mentre ai tempi di Stamina si aveva a che fare con un «inventore» che di medicina non sapeva nulla, stavolta si ha a che fare con personaggi potenzialmente preparati e con l'aspirazione di diventare dei «Robin Hood delle terapie». «Non dimentichiamo - commenta il genetista dell'Università di Ferrara Guido Barbujani - che, oltre a essere animati da buoni propositi, potrebbero coltivare una sfida intellettuale, intri-

sa del risentimento contro Big Pharma e le grandi imprese scientifiche profit». Il fatto che sia stato possibile riprodurre una terapia in un garage con 7 mila dollari «mette il dito nella piaga dei costi altissimi della ricerca biomedica: il prezzo dei farmaci in commercio si spiega con gli oneri elevatissimi di ricerca preclinica e clinica, dai quali si deve rientrare, altrimenti un'azienda farmaceutica chiuderebbe».

Però fa riflettere, se fosse confermato, che si possa formulare con poche migliaia di dollari, e attrezzature artigianali, un farmaco che viene venduto a 1 milione di dollari».

Al momento il biohacking ha portato solo a un prototipo di cura, ancora da testare, ma, se la «ricetta» fosse divulgata e «confermata» e si scoprisse che, forse non con 7 mila dollari e tuttavia con molto meno di 1 milione, si arrivasse a un risultato effettivo, le conseguenze potrebbero essere a cascata, generando un probabile caos.

Sullo sfondo del giallo c'è il boom della contraffazione farmaceutica. E' un affare che vale miliardi di dollari nel mondo e fa grandi danni: ci sono presunti prodotti salvavita, come antivirali e antitumorali venduti nel Terzo Mondo, e altri più «soft», che vanno per la maggiore in Occidente, come le copie illegali del Viagra e di tanti dietetici. Cosa contengano non è chiaro: il principio attivo potrebbe essere sottodosato, so-



vradosato o nullo. O sostituito da chissà cos'altro. Sono farmaci che si trovano su Internet, in chiaro, e sul Dark Web a prezzi irrisori. Senza ricette. E costano ai sistemi sanitari ricoveri d'urgenza, oltre che blitz delle polizie e il monitoraggio da parte di centri e società scientifiche.

È, quindi, necessario tenere alta la guardia. «Vogliamo davvero che si diffondano terapie fai-da-te, disponibili su Internet e svincolate dalla complessa e necessaria serie di test a cui vengono sottoposti i farmaci messi in commercio? Se i farmaci comuni - osserva Barbujani - già costituiscono un possibile rischio, pensiamo a cosa potrebbe succedere con terapie delicate come quelle che coinvolgono il nostro Dna come la terapia genica».

Il caso «made in Usa» è comunque un giallo: chi sono i biohackers? Qual è il loro background scientifico? Potrebbero essere ex ricercatori o ex dirigenti di società farmaceutiche?

Si definiscono «biologi indipendenti» e adesso pretendono che la loro «versione» sia testata da aziende e università e parlano di una tecnica nuova, che utilizza ipotetici «minicircles» di Dna, mentre la terapia genica si avvale di virus vettori che introducono il gene sano nelle cellule. «Se i “minicircles”, di cui non ho mai sentito parlare, fossero altrettanto efficaci - riflette il professore - perché non li adottano anche le case farmaceutiche? E, se non lo sono, c'è qualcuno che può illustrarci le loro potenziali conseguenze?». —

 BY-NC-ND ALGUNI DIRITTI RISERVATI

IN BREVE**RICERCA FARMACEUTICA****Renato Del Grosso
entra in Cube Labs**

Renato Del Grosso, manager con una ventennale esperienza nel settore farmaceutico e dei dispositivi medici, entra a far parte del team di Cube Labs, società che opera come incubatore e acceleratore di spinoff accademici focalizzati su biotech, dispositivi medici e sanità digitale.



Ricerca sanitaria

Bando da 100 milioni
del ministero
della Salute, metà
sono riservati
ai giovani cervelli

Possono presentare i progetti di ricerca di durata triennale tutti i ricercatori del Servizio sanitario nazionale con due corsie preferenziali per i giovani cervelli: una per gli under40 e una per gli under33. La procedura di presentazione dei progetti si svolge in periodi distinti che hanno inizio dal 16 settembre



Il bando. I fondi per chi fa ricerca utile per migliorare il Servizio sanitario



Visita alla piattaforma digitale Nerve Live di Novartis

Un ponte digitale accorcia i tempi di sviluppo del farmaco

L'AI produce una "prognosi" degli studi clinici e fornisce una "cura" per ridurre possibili ritardi

Francesca Cerati

Dal nostro inviato

BASILEA

Un alveare di monitor montati a parete che lampeggiano in continuazione come avviene in una sala di controllo aereo. In effetti, siamo in una torre di controllo, non di un aeroporto però, ma nel quartier generale di Novartis a Basilea, che con la piattaforma digitale Nerve Live avviata nel 2018 intende recuperare terreno sul fronte della trasformazione digitale in ambito farmaceutico. La torre Sense per gli studi clinici, nota anche come centro di controllo "the Bridge", fa parte della piattaforma e aiuta Novartis a monitorare i suoi 500 test clinici in corso in migliaia di siti in tutto il mondo e ad anticipare eventuali problemi che potrebbero causare ritardi o costi aggiuntivi così da affrontarli prima che compaiano.

«La farmaceutica è una grande industria di dati e come tale dobbiamo essere attrezzati per sfruttare al massimo questa enorme quantità di informazioni al fine di semplificare le operazioni, ridurre i costi e ottimizzare le decisioni» ci spiega Luca Finelli, vicepresidente a capo del gruppo Predictive analytics & design nell'ambito dello sviluppo globale di farmaci di Novartis. La big pharma svizzera ha infatti due milioni di dati relativi a pazienti per anno, che grazie alle nuove tecnologie ha riunito in un unico database accessibile a tutti i suoi scienziati. «Ciò consente di generare nuove intuizioni difficilmente raggiungibili se i dati vengono strutturati in silos. In quest'ottica dobbiamo passare da una cultura della conoscenza a una cultura dell'apprendimento, e cioè dobbiamo capire la storia che i nostri dati ci stanno raccontando e non vicever-

sa» continua Finelli.

Grazie agli ultimi algoritmi di machine learning e cognitive computing il team ha lavorato alla generazione di un motore di analisi avanzato per elaborare i dati ed estrarre informazioni che in precedenza restavano nascosti.

Ma la digitalizzazione in ambito farmaceutico può davvero accorciare i tempi di sviluppo di un farmaco? «Sì, anche se in maniera progressiva - dice Finelli - Per esempio, la fase di reclutamento dei pazienti per avviare i trial clinici è uno di quegli step in cui ci possono essere degli intoppi: l'ospedale che garantisce un certo numero di pazienti potrebbe non rispettarlo oppure non rispettare i tempi di reclutamento, questo comporta ritardi di settimane o mesi. Ora con i predictive analytics, sin da quando viene pianificato lo studio, il sistema è in grado di anticipare un percorso più coerente con la realtà riducendo i ritardi». In pratica, l'intelligenza artificiale fa una "prognosi" fornendo anche la "cura" per lo studio clinico. Ma ancora più importante è il fatto di utilizzare i dati per accelerare l'intero processo di sviluppo di un farmaco fino alla registrazione. «Esistono database all'interno degli ospedali e dei centri di ricerca che forniscono una storia molto dettagliata di una determinata patologia in certe classi di pazienti - riprende Finelli -. L'approccio tradizionale è quello di fare uno studio che va a cercare questi pazienti e il loro stato di malattia. Se invece fossimo in grado di integrare questi dati già esistenti nel processo di scoperta di un farmaco, potremmo addirittura evitare di fare degli studi perché certe ipotesi sono già state confermate o sono confermabili con dati che già esistono. Questa modalità farebbe risparmiare un paio d'anni». Ma anche sul design dello studio scientifico si possono fare dei notevoli progressi. «Con il natural language processing è possibile analizzare il contenuto di testo e il design degli studi passati (come erano stati concepiti, i problemi, cosa non ha funzionato, eccetera, ndr) e usare questo know how per disegnare ad hoc il protocollo del nuovo trial» conclude Finelli. Work in progress.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Luca Finelli, Chief digital office di Novartis, dirige il gruppo Predictive analytics & design della nuova Unità di data science e intelligenza artificiale nell'ambito dello sviluppo globale dei farmaci



IN BREVE**INTELLIGENZA ARTIFICIALE****Prodotto un nuovo
farmaco in 46 giorni**

Con un programma di intelligenza artificiale la startup Insilico Medicine e l'Università di Toronto sono riusciti a progettare un nuovo farmaco in soli 46 giorni - anziché gli 8 anni necessari in media ai ricercatori - con circa 150mila dollari di fondi, valori molto inferiori a quelli dei metodi tradizionali. Il team, che ha descritto lo studio su Nature Biotechnology, ha cercato una potenziale cura per la fibrosi. In 21 giorni il programma ha ideato 30mila candidati, sei dei quali sono stati effettivamente sintetizzati. Due di questi sono stati testati su cellule e il più promettente dei due anche sui topi, mostrando una attività simile a quella di un farmaco contro la proteina.



La nuova strada per gli antibiotici contro i super-batteri

FABIO DI TODARO
PAG. 30 E 31

IL PROBLEMA DEI TRATTAMENTI E DELL'EFFICACIA

La via per i super-antibiotici

L'infettivologo Giuseppe Ippolito

"Ispiriamoci ai farmaci anti-ebola"

FABIO DI TODARO

L'allarme viene lanciato ormai da una decina di anni. «Andando avanti di questo passo, nel 2050 la resistenza agli antibiotici potrebbe mietere più vittime del cancro», ripetono gli esperti, così da dare un'idea diretta - e soprattutto drammatica - dell'emergenza globale in atto.

Se da una parte la capacità che i batteri hanno di sviluppare meccanismi di difesa nei confronti di questi farmaci esiste da sempre, è vero che una crisi come quella attuale, dettata dalla capacità che alcuni microrganismi hanno di eludere anche gli antibiotici più selettivi, non ha precedenti. Ecco perché - dicono i ricercatori - è arrivato il momento di impegnarsi concretamente, rivedendo l'intero processo di messa a punto di nuovi principi attivi efficaci.

Studi di non inferiorità. «Nuovi antibiotici contro i super-batteri», «creati antibiotici super-potenti contro batteri killer»... Di titoli come questi, negli ultimi mesi, se ne sono letti tanti. Eppure la portata della resistenza agli antibiotici non sembra essersi ridotta, fondamentalmente per due ragioni. La prima è che, in molti casi, si è di fronte agli esiti di studi preclinici o nelle prime fasi cliniche. La seconda è quella che pone la comunità scien-

tifica, le autorità regolatorie e le industrie farmaceutiche di fronte a una sfida: andare oltre gli studi di «non inferiorità» per segnare una svolta nella lotta alla resistenza agli antibiotici.

È questo il messaggio che emerge da un lavoro pubblicato sulla rivista «The Lancet Infectious Diseases» da un gruppo di esperti internazionali, i quali hanno messo in evidenza come le attuali procedure per la valutazione dei nuovi antibiotici non risultino affatto ottimali. Nella maggior parte dei casi, infatti, si ricorre soltanto a studi mirati a escludere nei nuovi farmaci un'efficacia inferiore a un limite prefissato, segnato dalle molecole già sul mercato e spesso ormai inefficaci. In questo modo, però, «si è autorizzato l'utilizzo di molecole non destinate a invertire con certezza il corso di infezioni potenzialmente fatali», per dirla con Giuseppe Ippolito, direttore scientifico dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani che ha coordinato la ricerca.

Una nuova logica. Obiettivo dei «trial» di superiorità è quindi dimostrare che il trattamento sperimentale è più efficace rispetto a quello standard (o al placebo). Uno studio di questo tipo viene considerato significativo nel momento in cui si va oltre l'ipotesi «nulla», secondo la quale i due interventi risultano

di pari efficacia. Ben diversi sono invece gli studi di non-inferiorità, che puntano a dimostrare che il trattamento sperimentale non sia inferiore rispetto al controllo (ma potrebbe comunque non segnare una svolta sul piano clinico).

Secondo gli esperti, la scelta di quale tipo di sperimentazione condurre è dettata da ragioni di semplicità. Gli studi di efficacia, infatti, richiedono tempi più lunghi e costi maggiori. A fronte di un rischio più alto, nel caso in cui l'efficacia si dimostri uguale alle molecole già in commercio, di veder sfumare la possibilità di ottenere l'approvazione del farmaco. L'esempio citato nell'articolo è quello di Ceftazidima-Avibactam, una combinazione di due molecole in grado di aggredire i microrganismi resistenti ai carbapenemi, gli antibiotici ad ampio spettro utilizzati come soluzione estrema nelle infezioni ospedaliere, responsabili di quasi 8 mila decessi ogni anno soltanto in Italia.

«Questo farmaco è stato approvato sulla base di otto stu-



di di non inferiorità, ma senza una evidenza scientifica della sua netta superiorità contro questi patogeni», aggiunge Ippolito, secondo cui il cambio di approccio dovrebbe essere condiviso dall'industria farmaceutica. «Abbiamo la necessità di essere anche meno rapidi nella risposta, ma molto più selettivi». Come? Avviando dei trial clinici randomizzati che, rispetto a quelli tradizionali, possano essere «adattati» in corsa sulla base dei primi risultati di efficacia di una molecola.

Il modello da seguire è quello degli studi realizzati per testare l'efficacia di molecole in grado di aggredire il virus ebola, condotti su un numero ristretto di pazienti (con le medesime caratteristiche cliniche). A fronte dell'emergenza i risultati incoraggianti raccolti in pochi mesi sono stati sufficienti per definire la sperimentazione riuscita. Dal momento che la resistenza agli antibiotici è considerata un'emergenza di pari livello, a detta dei ricercatori, le contromisure dovrebbero essere analoghe.

Una sfida etica. Per avere un'alternativa reale alle gra-

vi infezioni da germi resistenti a più antibiotici ora gli esperti sono concordi nel richiedere che l'obiettivo primario sia abbassare il tasso di mortalità dei pazienti trattati al di sotto del 20%. Per centrarlo lo studio potrà essere ricalibrato in tre momenti diversi: così da poter escludere alcuni pazienti (non rispondenti) e allargare la schiera dei potenziali beneficiari. Tra questi, «potrebbero esserci anche coloro che sono colpiti da infezioni resistenti a più antibiotici, finora quasi sempre esclusi dagli studi», aggiunge Alimuddin Zumla, docente di malattie infettive e salute pubblica allo University College di Londra.

La svolta è invocata anche per ragioni etiche. «L'obiettivo deve essere quello di utilizzare farmaci che determinino, rispetto agli standard di cura consolidati, una maggiore efficacia o comunque un vantaggio nell'utilizzo - conclude Ippolito -. Il ricorso a test di non inferiorità per testare i nuovi farmaci corre il rischio di creare doppioni di molecole che già si sono rivelate inefficaci rispetto ai batteri multiresistenti». —

© BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



GIUSEPPE IPPOLITO

È DIRETTORE SCIENTIFICO
DELL'ISTITUTO NAZIONALE MALATTIE
INFETTIVE LAZZARO SPALLANZANI

Sempre più importanti le regole anti-abuso: così si salvano tante vite

Gli antibiotici sono capaci di combattere le infezioni batteriche, uccidendo i microrganismi o impedendone la proliferazione. Ma l'innata capacità che questi hanno di adattarsi all'azione dei farmaci ne sta progressivamente minando l'efficacia. In Europa, l'Italia è il Paese che sta maggiormente avvertendo il peso di questa evoluzione.

Un terzo dei decessi che si contano ogni anno nel Vecchio Continente è prerogativa del nostro Paese. Siamo a quota 10 mila, la maggior parte dei quali «si verifica negli ospedali e nelle altre strutture di assistenza sanitaria, dove la concentrazione di batteri resistenti è più alta: come quella di soggetti fragili, spesso sottoposti a terapie più aggressive», dichiara Annalisa Pantosti, dirigente del dipartimento malattie batteriche dell'Istituto Superiore di Sanità. Utilizzare correttamente gli antibiotici, tanto in medicina quanto in ambito veterinario, è diventata la contromossa più efficace per arginare il fenomeno della resistenza.

Per un uso corretto degli antibiotici è quindi fondamentale che la terapia venga sempre prescritta dal medico. Al paziente tocca il compito di seguire le sue indicazioni, soprattutto per tempi e dosi. Se si ha una confezione di antibiotici in casa e si ritiene di essere alle prese con un'infezione, occorre prima di tutto ricordarsi che gli antibiotici agiscono solo sui batteri: se si sospetta di avere l'influenza o

una sindrome parainfluenzale, di origine virale, non sono questi i farmaci da assumere. Gli antibiotici, inoltre, non sono necessari nella maggior parte delle infezioni delle vie aeree superiori (raffreddore, influenza, parte delle otiti, maggior parte delle faringotonsilliti) e nelle gastroenteriti: la maggior parte sono dovute a virus.

In Italia gli antibiotici sono i farmaci più utilizzati in età pediatrica. Ma in quali casi sono necessari? A fare chiarezza è la Società Italiana di Medicina di Emergenza e Urgenza Pediatrica (Simeup). Nei casi di otite media acuta possono essere consigliati dal pediatra a fronte di un numero elevato di episodi in meno di sei mesi, dopo aver eliminato eventuali fattori di rischio (igiene degli ambienti, uso del ciuccio, esposizione al fumo passivo) e se il bambino risulta già vaccinato contro l'influenza e lo pneumococco. In ogni caso è necessario sottoporlo prima a un tampone nasofaringeo, così da verificare l'origine dell'infezione.

Quanto alle faringotonsilliti, l'uso della penicillina è indicato per le infezioni provocate da streptococco o se in famiglia si è registrato un caso di febbre reumatica acuta (complicanza dell'infezione). Nel caso di infezioni delle vie urinarie, invece, la profilassi è necessaria in caso di pielonefrite, di reflusso delle urine (dalla vescica verso il rene) di terzo grado o di infezioni ricorrenti (oltre tre episodi in sei mesi o quattro in un anno). F.D.T.—

© BY NC ND AL CUNDIRITTI RISERVATI



Avatar digitale per diagnosi e terapie

LUIGI GRASSIA

PAG. 32

LE RICERCHE DI SORIN CHERAN, GURU DI HEWLETT PACKARD

Il gemello sanitario digitale

"L'Intelligenza Artificiale ci fornirà l'avatar per test e terapie"

LUIGI GRASSIA

Qual è la frontiera della medicina, lo sviluppo più suggestivo ipotizzabile, da qui a 10 anni? Secondo Sorin Cheran, giovane (39 anni) direttore delle ricerche sull'Intelligenza Artificiale nei laboratori Hewlett Packard in Francia, «la novità di più ampia prospettiva, a 360°, sarà la creazione, per ognuno di noi, di un "digital twin", cioè di un gemello digitale, che sia una copia esatta di ogni paziente: con questo non intendo solo un archivio di ogni suo dato clinico, ma una replica virtuale completa di tutto intero il suo corpo».

«Su questo corpo digitale spiega - sarà possibile eseguire ogni tipo di test, per esempio verificare gli effetti collaterali che un determinato farmaco potrà avere su quel paziente, e solo su di lui, con le sue peculiarità, nei successivi sei o 12 mesi. Oppure, se il malato non ha una sola patologia, ma ne ha due (come capita), si potrà verificare in che modo la cura di una delle due influirà sull'altra e quale sarà l'evoluzione incrociata nel tempo».

Quando questi «avatar» sanitari diventeranno realtà, Cheran sarà annoverato fra gli artefici della rivoluzione medica digitale, da lui segui-

ta fin dagli esordi. Nato a Bucarest, Cheran ha studiato informatica e cibernetica e in Germania e ha conseguito un dottorato con Piergiorgio Cerello all'Università di Torino e presso l'Istituto nazionale di fisica nucleare, applicando alla diagnostica medica algoritmi sempre più evoluti di IA. Ora Cheran è tornato a Torino per una mostra a cura dell'Infn (vedi il riquadro) e giovedì, alle 18, parlerà con il pubblico in occasione dell'evento «Intelligenza Artificiale: il futuro è oggi».

Nel raccontare la storia sua e della sua disciplina, il guru rumeno dell'IA fa un esordio sorprendente: «Ho cominciato leggendo molti, moltissimi libri sulle formiche». Questi animali-robot sono dotati di una forma di «intelligenza emergente», cioè non propria dei singoli individui ma generata dal loro agire collettivo, che ne fa un oggetto di studio d'elezione della cibernetica. Cheran si è informato, in particolare, su come le formiche esplorano lo spazio, identificano il cibo, comunicano e «mettono in rete» la scoperta. Assieme a Cerello, che è stato il suo mentore, il giovane studioso a Torino ha realizzato algoritmi di «imaging» medicale che, impostando una ricerca con la logica delle formiche, riescono a capire quando il

gruppo di cellule che si osserva è una formazione tumorale. L'algoritmo, applicato all'inizio sul cancro al seno e poi su quello ai polmoni, è capace di imparare e di auto-migliorarsi, anche se Cheran tiene a precisare che «l'Intelligenza Artificiale deve essere sempre un aiuto e mai un sostituto, rispetto al medico, perché soltanto lui è capace di identificare casi mai visti o inconsueti».

Almeno per adesso, azzardiamo noi... visto che a partire dagli studi pionieristici di Cheran e pochi altri nel mondo, risalenti a una quindicina d'anni fa, con l'imaging si è arrivati a successi diagnostici nell'82% dei casi (e la quota è via via crescente).

Quali sono i fattori di successo dell'IA che ne migliorano l'efficacia nella diagnosi? Cheran risponde che «la potenza di calcolo è cresciuta esponenzialmente da quando io ho cominciato e i database non contengono più migliaia, ma milioni e milioni di immagini». —

© BY NC ND ALGUNI DIRITTI RISERVATI



DUE ALLIEVI DELLA NORMALE DI PISA

Primo test al mondo per individuare a casa il Papilloma virus umano

Realizzato il primo test al mondo per la diagnostica rapida del Papilloma virus umano, l'Hpv, da acquistare direttamente in farmacia. A metterlo a punto sono stati due ex allievi Phd della Scuola Normale Superiore di Pisa, Bruna Marini e Rudy Ippodrino.

Grazie a un piccolo prelievo non invasivo, che si può effettuare a casa, è possibile rilevare la presenza del virus anche senza ulteriori procedure mediche, con un considerevole abbattimento dei costi e dei tempi della diagnosi. Il test è già stato validato clinicamente con istituti di eccellenza quali il Centro di riferimento oncologico di Aviano, l'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e il Policlinico Universitario Campus Biomedico di Roma.

Ippodrino, laureato all'Università di Firenze, e Bruna Marini, laureata a Trieste, dopo il corso perfezionamento alla Normale hanno creato, nell'Area Science Park di Trieste, una start-up, Ulisse BioMed, attiva nel settore biomedicale, grazie alla raccolta di 5 milioni di euro mediata da Copernico sim.

«Il nostro test - raccontano i due ricercatori - è non invasivo e molto sensibile. Rispetto ai test molecolari utilizzati negli screening nazionali è anche in grado di genotipizzare il virus, vale a dire fornire indicazioni precise sul ceppo presente nell'infezione. Il prodotto si inserisce nel vasto panorama dei test cosiddetti "consumer genetics", i quali hanno dimostrato di riscontrare un enorme interesse da parte dei consumatori».



La sua tesi in Botanica sorprende gli studiosi Premiato un brindisino

*«Per elaborare i dati ho impiegato tre anni:
sono felice per il prestigioso riconoscimento»*

● La storia del giovane brindisino Francesco Roma-Marzio è da annoverare tra quelle degli studiosi nati nella nostra terra che sono riusciti a distinguersi per bravura e risultati in ambito accademico e non solo. Il dottore di ricerca dell'Università di Pisa, originario di Brindisi, ha, infatti, vinto il premio per la migliore tesi della Società Botanica Italiana (con un contributo di 500 euro).

La Onlus, fondata a Firenze nel 1888, trae la sua origine dalla Società Botanica Fiorentina, prima associazione botanica in Europa, sorta nell'autunno del 1716 per volontà di Pier Antonio Micheli. La Società Botanica Italiana si caratterizza per l'alto numero di soci non solo provenienti da ambito accademico e istituzionale, ma anche da altre realtà come scuole e associazioni dedite ad attività in ambito botanico.

Il riconoscimento che da quest'anno si riferisce al contesto internazionale è stato conferito a Francesco Roma-Marzio durante il 114° congresso della Società svoltosi all'Orto Botanico di Padova dal 4 al 6 settembre.

“È un premio prestigioso che mi rende molto felice anche perché la valutazione

complessiva della commissione esaminatrice ha potuto contare non solo sul parere dei membri della Società botanica, ma anche su quello di due referenti stranieri – racconta lo studioso brindisino che dallo scorso anno è assunto stabilmente presso l'Università degli Studi di Pisa – per lo studio completo ho impiegato i tre anni di dottorato. Il lavoro conclusivo si intitola “Checklist and biosystematic studies of the woody flora of Tuscany (Italy)” e riguarda l'elaborazione di un elenco critico aggiornato della flora legnosa spontanea (alberi e arbusti) presente in Toscana con dettaglio provinciale. È una sorta di censimento, un documento completo a fronte di tanti dati sparsi non catalogati. In una seconda fase del lavoro, mi sono dedicato all'approfondimento di due casi studio in particolare: il primo riguarda la classificazione del gruppo del ginepro ossifillo (*Juniperus oxycedrus*), il secondo è inerente alla biologia riproduttiva del cisto laurino (*Cistus laurifolius*)”.

Il premio rappresenta l'occasione giusta per Francesco Roma-Marzio per ricordare

un percorso ricco di soddisfazioni: “Dopo la scuola, ho conseguito la laurea triennale in Biologia presso l'università del Salento – continua – da lì ho voluto approfondire la Botanica e la Biologia evolutiva con una laurea magistrale presso il polo accademico dell'Università di Pisa. A seguire, si è presentata l'occasione per fare il dottorato. Attualmente faccio parte dell'organico dell'Università”.

Un ultimo pensiero va a Brindisi, la città in cui è nato e cresciuto. “C'è un bel legame con il territorio anche perché mio padre, mia madre e mia sorella vivono lì – conclude – nei periodi di festa cerco di rientrare, ma la mia vita è ormai lontana dalla terra natia. Mia moglie e il mio lavoro sono in Toscana”.

Infine, una menzione speciale per chi l'ha sostenuto: “La mia famiglia mi è sempre stata vicina. Un ringraziamento va alla Società Botanica Italiana. Ho svolto la mia ricerca sotto la guida dei professori Gianni Bedini e Lorenzo Peruzzi del Dipartimento di Biologia dell'Ateneo pisano a cui sarò sempre grato”.

Vi.Ma.





Francesco Roma-Marzio, il ricercatore brindisino premiato a Padova: Sotto: il conferimento



RASSEGNA STAMPA DEL 10/09/2019

Gentile Cliente, oggi non è stato possibile monitorare nei tempi le seguenti testate poiché non disponibili:

MARCHE : Corriere Adriatico Ascoli Piceno, Corriere Adriatico Fermo

Non appena possibile riceverete gli articoli di Vostro interesse.