

Rassegna del 29/11/2019

AOUP

28/11/19	LUCCAINDIRETTA.IT	1	Medicina Valle del Serchio, Tintori direttore - Lucca in Diretta	...	1
28/11/19	PISATODAY.IT	1	Giornata mondiale della lotta all'Aids: un seminario per sensibilizzare gli studenti	...	2
29/11/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	13	Agente della polizia municipale muore a 63 anni per un malore	Taglione Stefano	4
28/11/19	USLNORDOVEST.TOSCANA.IT	1	Azienda USL Toscana nord ovest: Giancarlo Tintori direttore della Medicina della Valle del Serchio	...	5

SANITA' PISA E PROVINCIA

29/11/19	Nazione Pisa-Pontedera	24	«Sono rimasti solo due ortopedici Il reparto rischia di bloccarsi»	Pistolesi Ilenia	6
----------	------------------------	----	--	------------------	---

SANITA' REGIONALE

29/11/19	Tirreno Massa Carrara	6	Convegno sulla Pet-Tc: il futuro della diagnostica	...	7
29/11/19	Nazione	26	Tetti di spesa alle strutture private Il Tar interviene	...	8
29/11/19	Nazione	26	Le carenze organizzative sono la causa del 90% di errori	...	9
29/11/19	Nazione	26	Tetti di spesa alle strutture private. Il Tar interviene	...	10
29/11/19	Nazione Pisa-Pontedera	11	Il futuro del sistema farmaceutico parla pisano	...	11
29/11/19	Tirreno Piombino-Elba	3	Radioterapia, navetta a tre euro fino al 2022 - Radioterapia, fino al 2022 la navetta per Livorno costerà 3 euro a viaggio	...	13
29/11/19	Tirreno Pisa-Pontedera	9	«Le farmacie pubbliche devono essere difese e valorizzate»	...	15
29/11/19	Tirreno Pisa-Pontedera	9	IL DEPUTATO La proposta di Gemmato per modificare la le e 124	...	17
29/11/19	Tirreno Viareggio	1	SANITÀ Sei medici in più per l'ospedale ma i ginecologi non si trovano - In arrivo sei medici in più in ospedale Ma l'Asl non trova nuovi ginecologi	Tuccini Matteo	18

SANITA' NAZIONALE

29/11/19	Internazionale	58	Breve storia del sangue	Groopman Jerome	20
29/11/19	Corriere Innovazione	20	Intervista a Guido Kroemer - La vita? Dipende dal cap	Sideri Massimo	27
29/11/19	Il Fatto Quotidiano	15	Lotteria medico della mutua	Ranieri Daniela	29
29/11/19	Mattino	2	Intervista a Fiorella Paladino - «Il prezzo pagato? Io, primario di turno la notte» - «Il prezzo al pronto soccorso siamo scesi da 48 a 36 medici e io, primario, lavoro di notte»	Pirro Maria	32
29/11/19	Mattino	2	Campania, la sanità risanata resta il deficit dell'assistenza - Svolta sanità, la Campania fuori dal commissariamento	Mautone Ettore	34
29/11/19	Mattino	3	Partono piano ospedaliero e assunzioni ma su 118 e posti letto eccellenza lontana	Mautone Ettore	37
29/11/19	Messaggero	19	Medici, duemila verso l'assunzione	Arcovio Valentina	39
29/11/19	Mf	20	China Awards - Nms, la ricerca oncologica passa dal sostegno della Cina e dalla Borsa	Rocco Silvia	40
29/11/19	Mf	53	Mf Focus Healthcare & Wellness - Parte il 'Roadshow cronicità'	Biondi Marco	41
29/11/19	Mf	53	Mf Focus Healthcare & Wellness - Sollievo per i pazienti e il Ssn	Sermonti Eugenia	42
29/11/19	Mf	57	Rapporto salute - Fossilizzarsi fa male	Buonamico Carlo	43
29/11/19	Mf	57	Rapporto salute - Onde su onde, nasce il decalogo per difendersi dai campi elettromagnetici	...	45
29/11/19	Mf	59	Rapporto Salute - Capital racconta i protagonisti della sanità digitale	...	46
29/11/19	Mf	59	Rapporto Salute - Aggiornamento in reparto - Troppi i macchinari obsoleti e per sostituirli serve 1 miliardo	Guiotto Maddalena	47
29/11/19	Mf	61	Rapporto salute - Un arsenale da rinnovare	Buonamico Carlo	48
29/11/19	Mf	62	MF Focus - Medicina proattiva e medicina personalizzata	...	49
29/11/19	Mf	63	Rapporto Salute - Diabete, la prevenzione è cura	Guiotto Maddalena	51
29/11/19	Mf	63	Rapporto Salute - Biosimilari e biotecnologici, i nuovi farmaci per la psoriasi faranno cambiare idea ai pazienti insoddisfatti?	Guiotto Maddalena	52
29/11/19	Repubblica Venerdì	55	Il primo vaccino contro l'Ebola ferma un'epidemia	Aluffi Giuliano	53
29/11/19	Repubblica Venerdì	56	Tutto quello che avreste voluto sapere su...	Villoresi Giulia	54
29/11/19	Sole 24 Ore	5	Sanità, assunzioni triplicate	Bartoloni Marzio	57

CRONACA LOCALE

29/11/19	Nazione Pisa-Pontedera	3	«Costruire insieme un nuovo sogno per Pisa»	Mancini Eleonora	58
29/11/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1	L'assessore rinuncia al contributo scomodo - L'assessore Magnani rinuncia a riscuotere il contributo scomodo «Ci rimetto di tasca»	Marcacci Cristiano	60

RICERCA

29/11/19	Corriere Innovazione	37	La terapia delle start up	Cimpanelli Giulia	62
----------	----------------------	----	---------------------------	-------------------	----

UNIVERSITA' DI PISA

29/11/19	Tirreno Pisa-Pontedera	7 Il Tar annulla il concorso: la vincitrice è incompatibile - Ateneo, annullato un concorso «La vincitrice è incompatibile»	Barghigiani Pietro	63

29/11/19	Comunicazione agli Abbonati	1 Comunicazione agli abbonati	...	65

Medicina Valle del Serchio, Tintori direttore

Giovedì, 28 Novembre 2019 15:49 [Commenta per primo!](#) [dimensione font](#) - +

Publicato in Cronaca
Stampa
Email

Vota questo articolo

☆☆☆☆☆
(0 Voti)

Etichettato sotto

Medicina, Valle Del
Serchio,



L'Asl Toscana nord ovest ha nominato il nuovo direttore della struttura complessa di medicina interna della Valle del Serchio. Si tratta di Giancarlo Tintori, già facente funzioni della stessa unità operativa. Il dottor Tintori si è laureato in medicina e chirurgia nel 1992 all'Università di Pisa ed è specializzato in medicina interna e cardiologia.

Ha quindi maturato una lunga esperienza nell'ambito della Medicina Interna e delle degenze mediche in più ospedali: nel corso del 1999 nella Uoc di Medicina generale dell'ospedale Santa Chiara di Pisa (Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana); dalla fine del 1999 al 2000 nella Uoc Medicina Interna dell'ospedale di Iseo (azienda ospedaliera Mellino Mellini di Chiari - Brescia); dal 2000 al 2014 ancora nella Uoc di medicina generale del Santa Chiara di Pisa, poi all'ospedale nuovo Santa Chiara-Cisanello; dal 2014 al 2017 nella Uoc medicina d'urgenza universitaria sempre dell'ospedale Santa Chiara-Cisanello; dal 2017 ad oggi nella Uoc Medicina della Valle del Serchio come dirigente medico in comando dall'Aoup con incarico di responsabile della struttura semplice di medicina di Castelnuovo e come direttore facente funzioni della Uoc Medicina generale della Valle del Serchio. A partire dal 1999 si è dunque occupato di attività di assistenza di pazienti con patologia internistica acuta o cronica, di diagnostica strumentale di tipo internistico e cardiovascolare, di attività ambulatoriale clinica, ecografica e specialistica, con l'esecuzione anche di procedure invasive. Ha inoltre svolto negli anni una rilevante attività di docenza e di formazione e con importanti pubblicazioni. "Il nuovo direttore della Medicina della Valle del Serchio - evidenzia la direttrice generale dell'Asl Toscana nord ovest Maria Letizia Casani - va a guidare una squadra che è cresciuta negli anni anche insieme a lui e che ha raggiunto risultati importanti. Dal dottor Tintori, a cui auguro buon lavoro, mi attendo quindi il consolidamento di una struttura che sta già svolgendo pienamente il suo ruolo di punto di riferimento per la comunità della Valle del Serchio". L'Asl Toscana nord ovest continua quindi a lavorare al suo piano di miglioramento dei servizi offerti, anche attraverso la nomina di primari competenti ed autorevoli. L'intenzione della direzione aziendale, in linea con quanto indicato dalla Regione, è di proseguire ad investire per rafforzare il sistema sanitario.



Altro in questa categoria: « [Scatta allerta gialla per le mareggiate](#) »



Premio Veronesi a due professioniste del San

LEGGI ANCHE



Ciocco, pilota di rally
muore travolto da un
camion

Dicembre 20, 2015



Muore a 16 anni
investito in bici da un
camion - Foto

Agosto 03, 2015



Si uccide a coltellate
sugli spalti delle Mura.
Un altro ferito alla g...

Agosto 31, 2015



Tamponamento fatale
in A11: muore giovane
madre

Giugno 03, 2015

Cronaca

Giornata mondiale della lotta all'Aids: un seminario per sensibilizzare gli studenti

L'appuntamento, promosso dalla Sds zona Pisana, è in programma per venerdì alla Leopolda. Nel corso dell'evento sarà possibile sottoporsi gratuitamente al test HIV



Redazione
28 NOVEMBRE 2019 17:04



Duecentotrenta studenti provenienti dal liceo scientifico 'Buonarroti', da quello di scienze umane 'Carducci', dal liceo artistico 'Russoli' (di Cascina e di Pisa), ma anche dagli istituti 'Fascetti-Da Vinci', 'Santoni' e 'Pacinotti', e dall'Istituto Alberghiero 'Matteotti' di Pisa. Saranno soprattutto loro i protagonisti della iniziativa pubblica di riflessione e sensibilizzazione che si svolgerà domani, venerdì 29 novembre, all'ex Stazione Leopolda in occasione della giornata mondiale di lotta all'Aids.

L'appuntamento prenderà il via alle 8.15 e proseguirà per tutta la mattinata. Alle 9 l'incontro con la dottoressa **Laura Dal Bono** dell'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Azienda Ospedaliera Pisana, che discuterà con gli studenti sulla base di questionari da loro compilati per sondare le loro **conoscenze sul tema**. Interverrà poi lo psicologo-psicoterapeuta Alberto Rossetti e seguiranno i lavori di gruppo gestiti da esperti e dagli studenti stessi. Nel corso dell'evento l'Azienda Ospedaliera garantirà la presenza di medici e infermieri per eseguire test Hiv in maniera gratuita e anonima, grazie alla collaborazione del personale dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana. L'iniziativa è promossa dalla SdS della Zona Pisana in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera e con l'Associazione Salus.

"La Sds - afferma la presidente della Sds zona Pisana e assessore alle Politiche sociali del Comune di Pisa Gianna Gambaccini - appoggia con entusiasmo le iniziative che promuovono la prevenzione dell'HIV e delle malattie sessualmente trasmissibili soprattutto tra le fasce giovani della popolazione. Purtroppo in una società sempre più liquida, il deterioramento dei valori dei **rapporti affettivi** ha conseguenze anche sugli aspetti sanitari e favorisce la diffusione di tali malattie. A questo si aggiunge l'uso sempre più ampio di

I più letti di oggi



1 Notte di 'lavoro' per tre spacciatori: fanno 6mila euro, ma vengono arrestati



2 Sciopero generale: treni e autobus a rischio



3 Ex Cinema Ariston: via libera del Consiglio Comunale al piano di recupero



4 Arresto spacciatore a Porta Fiorentina, lo 'Sguardo di vicinato': "Segnalato più volte, l'unione fa la forza"

droghe fra i giovani, le cui modalità di assunzione accrescono il rischio di diffusione del virus. Anche per questo eventi che coinvolgono così tanti giovani sono particolarmente importanti".

Argomenti: **sociale**

Tweet

In Evidenza

Mattinate Fai d'inverno: a Pisa si passeggia sui luoghi che furono di Giacomo Leopardi

Giornata mondiale del diabete: 785 persone controllate, 31 quelle a rischio

Settimana della consapevolezza sugli antibiotici, la regola base: farne un corretto uso

Bando per contributi ad associazioni sociali, sanitarie e socioassistenziali: scadenza prorogata

Potrebbe interessarti

I più letti della settimana

Pisana trovata morta a Torre del Lago: fermato un sospettato di omicidio

Ucciso a 20 anni dal treno: era di ritorno da una festa

Trovata morta nella roulotte: il compagno di Chiara ha confessato l'omicidio

Notte di 'lavoro' per tre spacciatori: fanno 6mila euro, ma vengono arrestati

L'Università di Pisa premia le 14 migliori tesi di dottorato del 2019

Video hard ripreso con un cellulare in discoteca per l'ex portiere del Pisa

PISATODAY

Presentazione

Registrati

Privacy

Invia Contenuti

Help

Condizioni Generali

Codice di condotta

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



Chi siamo · Press · Contatti

© Copyright 2010-2019 - PisaToday supplemento al plurisettimanale telematico Bolognatoday reg. Tribunale di Bologna con il n. 8477

PisaToday è in caricamento, ma ha bisogno di JavaScript

TRAGEDIA FUORI AL RISTORANTE

Agente della polizia municipale muore a 63 anni per un malore

Pierluigi Marchionneschi aveva appena svolto la vigilanza fuori dalle scuole
Ha perso la vita al pronto soccorso a causa di una dissecazione aortica

**Il ricordo dei colleghi
«Una persona
eccezionale sul lavoro
e nella vita privata»**

Stefano Taglione

ROSIGNANO. I medici hanno fatto tutto il possibile per salvarlo, con i volontari e il medico della Pubblica assistenza di Rosignano che lo hanno trasportato al pronto soccorso in condizioni disperate. È morto a 63 anni mentre stava lavorando **Pierluigi Marchionneschi**, da 20 anni agente della polizia municipale del Comune guidato dal sindaco **Daniele Donati**. Inutile il trasferimento alla shock room del presidio sanitario cecinese, con i sanitari che erano pronti a trasferirlo al centro di Cisanello, a Pisa. Purtroppo, però, non ce n'è stato il tempo. Perché il vigile urbano, conosciutissimo da tutti, ha perso la vita dopo una gravissima dissecazione aortica.

Erano quasi le 17 quando dalla locanda "Il Giardino" di Rosignano è partita la chiamata al 118. Immediato l'intervento della Pubblica assistenza, con il medico del 118 sull'ambulanza insieme ai volontari. La situazione è apparsa fin da subito critica, con l'uomo che aveva perso conoscenza. «Non ha avuto neanche il tempo di consumare l'ordinazione, una bibita – spiegano dal ristorante – e si era appena seduto. Era da solo. Siamo sconvolti, non pensavamo che potesse morire. Lo conoscevamo».

Secondo quanto ricostrui-

to Marchionneschi, impiegato all'Ufficio incidenti del locale comando della municipale, si era fermato alla pizzeria proprio perché si sentiva male e stava rientrando in ufficio dopo aver svolto il servizio di vigilanza degli alunni fuori dalle scuole. Inizialmente i soccorritori avevano ipotizzato un problema neurologico, solo dopo se ne è capita la natura vascolare, che purtroppo non ha dato scampo all'agente di 63 anni, che viveva a Rosignano e prima di essere trasferito vicino casa aveva lavorato, sempre fra le fila dei vigili urbani, per il comune di Casale Marittimo, in provincia di Pisa.

«Era nel piano dell'attività, anche oggi (ieri per chi legge ndr) – lo ricorda fra le lacrime la comandante del corpo, **Dalida Cosimi** – e sia umanamente, che professionalmente, era una persona eccezionale. Un uomo unico, che svolgeva questo mestiere con grande passione. È una tragedia per tutti noi».

Marchionneschi è stato dichiarato morto poco prima delle 18.30. In pronto soccorso, per cercare di salvargli la vita, i medici hanno fatto tutto il possibile, scoprendo attraverso una Tac che era stato vittima di una dissecazione aortica. Dalla shock room erano stati avvertiti sia i soccorritori della Croce rossa di Rosignano, che lo avrebbero potuto trasportare d'urgenza a Cisanello, sia l'elisoccorso per fare più veloce. Ma non ce n'è stato il tempo, purtroppo, perché il sessantatreenne è morto in ospedale. —



Pierluigi Marchionneschi, l'agente della municipale morto a 63 anni



La funzione di incremento-decremento dei caratteri e di attivazione di alto contrasto necessita javascript. Il tuo browser non supporta javascript oppure javascript è stato disabilitato.



Azienda USL Toscana nord ovest

Massa Carrara | Lucca | Versilia | Pisa | Livorno

Regione Toscana



HOME	AZIENDA	SEDI TERRITORIALI	OSPEDALI	URP	NUMERI UTILI	SERVIZI ONLINE
------	---------	-------------------	----------	-----	--------------	----------------

Sei qui: [Home](#) > [Notizie](#) > Azienda USL Toscana nord ovest: Giancarlo Tintori direttore della Medicina della Valle del Serchio

Azienda USL Toscana nord ovest: Giancarlo Tintori direttore della Medicina della Valle del Serchio



Valle del Serchio, 28 novembre 2019 – L'Azienda USL Toscana nord ovest ha nominato il nuovo direttore della struttura complessa di Medicina Interna della Valle del Serchio.

Si tratta di **Giancarlo Tintori**, già facente funzioni della stessa unità operativa.

Il dottor Tintori si è laureato in Medicina e chirurgia nel 1992 all'Università di Pisa ed è specializzato in Medicina interna e Cardiologia.

Ha quindi maturato una lunga esperienza nell'ambito della Medicina Interna e delle degenze mediche in più ospedali: nel corso del 1999 nella UOC di Medicina generale dell'ospedale Santa Chiara di Pisa (Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana); dalla fine del 1999 al 2000 nella UOC Medicina Interna dell'ospedale di Iseo (Azienda Ospedaliera "Mellino Mellini" di Chiari – Brescia); dal 2000 al 2014 ancora nella UOC di Medicina Generale del Santa Chiara di Pisa, poi all'ospedale nuovo Santa Chiara-Cisanello; dal 2014 al 2017 nella UOC Medicina d'Urgenza Universitaria sempre dell'ospedale Santa Chiara-Cisanello; dal 2017 ad oggi nella UOC Medicina della Valle del Serchio come dirigente medico in comando dall'AOUP con incarico di responsabile della struttura semplice di Medicina di Castelnuovo e come direttore facente funzioni della UOC Medicina Generale della Valle del Serchio.

A partire dal 1999 si è dunque occupato di attività di assistenza di pazienti con patologia internistica acuta o cronica, di diagnostica strumentale di tipo internistico e cardiovascolare, di attività ambulatoriale clinica, ecografica e specialistica, con l'esecuzione anche di procedure invasive,

Ha inoltre svolto negli anni una rilevante attività di docenza e di formazione e con importanti pubblicazioni.

"Il nuovo direttore della Medicina della Valle del Serchio - evidenzia la direttrice generale dell'Azienda USL Toscana nord ovest **Maria Letizia Casani** - va a guidare una squadra che è cresciuta negli anni anche insieme a lui e che ha raggiunto risultati importanti. Dal dottor Tintori, a cui auguro buon lavoro, mi attendo quindi il consolidamento di una struttura che sta già svolgendo pienamente il suo ruolo di punto di riferimento per la comunità della Valle del Serchio".

L'Azienda USL Toscana nord ovest continua quindi a lavorare al suo piano di miglioramento dei servizi offerti, anche attraverso la **nomina di** primari competenti ed autorevoli.

L'intenzione della direzione aziendale, in linea con quanto indicato dalla Regione, è di proseguire ad investire per rafforzare il sistema sanitario.

In allegato foto del dottor Tintori

(sdg)

Like 0 Twitter

Attachments:

28-11-19 foto dott. Tintori.jpg [] 61 kB

Come fare per

Guida ai servizi

Modulistica

Notizie

Agenda

Farmaceutica

Lucca

Massa

Pisa

Livorno

Versilia

Tutte le news

Puoi seguirci anche su



«Sono rimasti solo due ortopedici Il reparto rischia di bloccarsi»

L'accusa dei sindacati: «C'è il pericolo che non possa essere garantito il servizio. Con l'Asl accordo non rispettato»

VOLTERRA
di ILENIA PISTOLESI

Il collasso delle attività potrebbe palesarsi in maniera repentina. «Sono solamente due i chirurghi ortopedici in servizio h24 al Santa Maria Maddalena – è la denuncia corale dei sindacalisti Mario Di Maio (Funzione Pubblica Cgil) e Michele Orsi (coordinatore Cgil Valdicescina) – il rischio, grosso e reale, è che i due medici, da soli, non possano più coprire le pronte disponibili e che si arrivi ad un arresto delle attività chirurgiche ortopediche».

Il problema tocca da vicino tutto il comparto chirurgico, dove le attività hanno subito un calo drastico: la crisi, in numeri, parla di circa il 50% in meno di interventi ortopedici (alla schiena in primis) e di una flessione generale per quanto concerne tutta (o quasi) l'attività chirurgica. Ed il motivo è lampante: «Non ci sono specialisti – rincarano la dose Di Maio e Orsi – gli ortopedici sono passati da quattro a due, i chirurghi in generale da sette a tre. C'è un incremento, se pur lieve, delle attività chirurgiche in oculistica e ginecologia, ma il succo è che oltre ad essere lon-



Nuove polemiche sulla carenza del personale dell'ospedale

tani anni luce dal giro di interventi annunciati nel verbale di accordo del 2017, c'è il rischio che in ortopedia non possa essere garantito il servizio, con due soli medici che si devono accollare tutto». C'è inoltre un altro tasto dolente, ovvero la discrepanza fra l'accordo stipulato nei giorni scorsi fra Asl, Comune e Sds e la fotografia difficile che arriva dalla chirurgia. Un punto sul quale la Cgil chiede chiarez-

LA DOMANDA

«Con quali specialisti si intende aumentare il volume di attività, se i camici bianchi sono ridotti all'osso?»

za. «Nell'accordo si parla di un aumento delle attività chirurgiche di day surgery e ambulatoriali nel 2020. Con quali specialisti si intende aumentare il volume di attività, se i camici bianchi al Santa Maria Maddalena sono ridotti all'osso? – domanda Di Maio e Orsi – inoltre, citando l'accordo, si prevede l'attivazione dell'automedica e l'aumento della dotazione di personale infermieristico al pronto soccorso. Bene, ma l'accordo si riferisce al personale del 118 o a quello del pronto soccorso? Son due cose ben distinte. Inoltre il reparto non sarebbe stato informato. In un anno abbiamo chiesto tre incontri a Asl e Regione, rimasti lettera morta».



SANITÀ

Convegno sulla Pet-Tc: il futuro della diagnostica

MASSA. Si è tenuto al Noa il seminario "Pet- Ct principi, presente e futuro" organizzato dal dottor **Pietro Bianchi** del reparto di Medicina Nucleare di Massa Carrara diretto dal dottor **Pietro Bertolaccini**. Lo scopo del seminario è stato presentare lo stato dell'arte relativa alla Pet-Tc, diagnostica che ha decisamente cambiato l'approccio allo studio delle patologie oncologiche e che trova importanti applicazioni nel campo delle patolo-



Il convegno al Noa

gie neurodegenerative.

Pietro Bianchi e **Alfonso Baldoncini** hanno esposto le principali e attuali applicazioni della metodica in campo oncologico. La dottoressa **Angela Cistaro** ha esposto una bellissima relazione sul ruolo della Pet-Tc nelle patologie neurodegenerative. **Arnoldo Piccardo** e **Stelvio Sestini** hanno presentato quello che sarà lo sviluppo di nuovi radio-farmaci orientati ad una medicina personalizzata. **Paola Erba** ha illustrato le possibili applicazioni della Pet-TC nelle patologie infiammatorie. Ha chiuso la giornata la tecnica di radiologia **Francesca Parisi** che ha esposto le problematiche organizzative e tecniche di un centro Pet-Tc. —



Regione Toscana

**Tetti di spesa
alle strutture private
Il Tar interviene**

1 I tetti di spesa fissati dalla Regione Toscana per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate sono parzialmente illegittimi. A sostenerlo è il Tar che boccia in parte, con alcune sentenze pubblicate ieri, la delibera regionale e alcuni atti collegati, dando ragione ad alcune «doglianze» presentate dalla Casa di cura San Camillo di Forte dei Marmi, Kos Care, Casa di cura Leonardo, Villa dei Pini.



L'indagine negli ospedali

Le carenze organizzative sono la causa del 90% di errori

2 Oltre il 90% degli errori che si verificano nella sanità italiana non sono attribuibili a imperizia imprudenza o negligenza ma, a carenze organizzative, scarsa proceduralizzazione dei processi e ridotto cambiamento culturale verso l'errore. Il dato è emerso dalla Federazione nazionale degli ordini degli infermieri in occasione della presentazione al Forum Risk Management di Firenze dei risultati raccolti dal coordinamento delle Regioni nel 2019.



SANITÀ



Regione Toscana

Tetti di spesa alle strutture private Il Tar interviene

1 I tetti di spesa fissati dalla Regione Toscana per l'acquisto di prestazioni dalle strutture private accreditate sono parzialmente illegittimi. A sostenerlo è il Tar che boccia in parte, con alcune sentenze pubblicate ieri, la delibera regionale e alcuni atti collegati, dando ragione ad alcune «doglianze» presentate dalla Casa di cura San Camillo di Forte dei Marmi, Kos Care, Casa di cura Leonardo, Villa dei Pini.



Il futuro del sistema farmaceutico parla pisano

Oggi il convegno per la Giornata Nazionale delle Farmacie Comunali. Focus sulla proposta di modifica alla legge in discussione alla Camera

PORCARO D'AMBROSIO

**«Ancora una volta
la nostra città
si dimostra
protagonista»**

Un momento di riflessione e confronto intorno al sistema farmaceutico italiano. Ma anche un trampolino per chiedere alla politica un impegno a tutela del settore e del ruolo delle farmacie comunali. Pisa è il quartier generale della quarta Giornata Nazionale delle Farmacie Comunali. Organizzatori dell'evento oggi negli spazi dell'Opera della Primaziale Pisana, sono Farmacie Comunali di Pisa e Assofarm, l'associazione di categoria nazionale. Presenti al convegno «Esperienze europee e salvaguardia del ruolo sociale delle farmacie pubbliche e private italiane - Progetti di modifica della normativa sulla titolarità del diritto d'esercizio e della gestione delle farmacie» tutti i soggetti della filiera farmaceutica. A fare gli onori di casa sarà Andrea Porcaro D'Ambrosio, amministratore unico di Farmacie Comunali di Pisa: «Sono molto soddisfatto che sia Pisa quest'anno ad ospitare questa giornata. Ancora una volta la nostra città si dimostra protagonista sul piano nazionale non solo per la grande bellezza ma anche per la capacità di intervenire attivamente nei grandi dibattiti dell'attuali-

tà». Nell'appuntamento pisano sarà anche illustrata la proposta di modifica alla legge 124 del 2017 sulla titolarità del diritto di esercizio, avanzata dall'onorevole Marcello Gemmato, Segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, presente al convegno. «Le farmacie comunali e le farmacie private convenzionate - afferma Marcello Gemmato - svolgono una funzione fondamentale nella filiera della salute in Italia e rappresentano, da sempre, uno strumento imprescindibile per il soddisfacimento del diritto costituzionale alla salute. A seguito della chiusura di ospedali, pronto soccorso e punti di primo soccorso, la farmacia è rimasta l'unico presidio sanitario di prima istanza sul territorio. La farmacia merita un impegno sempre più concreto e puntuale da parte del legislatore - dichiara Gemmato - sia dal punto di vista normativo che dell'investimento di risorse. A riguardo - conclude -, sarebbe auspicabile, che i farmaci attualmente dispensati tramite il meccanismo della distribuzione diretta, possano tornare ad essere distribuiti in farmacia così da ridurre o eliminare del tutto una serie di svantaggi economici a carico degli assistiti e del bilancio dello Stato ed una serie di svantaggi per i cittadini sia sotto il profilo sanitario che socia-

le». «Altra novità per le farmacie è la presa in carico dei pazienti cronici - aggiunge Francesco Schito, segretario Assofarm - un problema per la sanità italiana per risolvere il quale noi offriamo un servizio. Il tutto in sinergia con le farmacie private. Certo è che per fare ciò sono necessarie risorse ed investimenti. Ne parleremo in questa Giornata pisana».

«Sono circa 1660 le Farmacie Comunali presenti su tutto il territorio nazionale - dichiara Stefania Saccardi, assessore regionale con delega alla sanità nel proprio intervento per la Giornata - La farmacia comunale non è solo parte del patrimonio della salute ma anche di quello sociale e culturale, fondato su valori come il vicinato, la conoscenza diretta del cittadino e dei suoi problemi e il senso di appartenenza alla comunità, a partire dalla logica per cui vennero istituite, cioè quella di offrire un servizio laddove il privato non aveva interesse o convenienza ad aprire una sede». Condivisione anche da parte del Ministro Roberto Speranza: «Le farmacie sono un presidio centrale del nostro servizio nazionale, dove le persone possono rivolgersi non solo come luogo di erogazione controllata dei farmaci ma anche e soprattutto come vero e proprio centro di integrazione dell'assistenza territoriale».



ASSOFARM

«Tutte le sfide per il Paese»

A moderare il dibattito sarà Venanzio Gizzi, presidente di Assofarm: «La giornata è un importante momento di incontri, discussione e proposte per valorizzare ancor di più le farmacie comunali e più in generale, il sistema farmaceutico del Paese. Tra i temi: le sfide legate per una nuova remunerazione, la necessità di avere una nuova convenzione con il servizio sanitario nazionale e le Regioni legata ai nuovi servizi delle farmacie, la necessità di regolare l'accesso alla titolarità delle farmacie a soggetti che abbiano una concezione sanitaria e non commerciale delle stesse, la necessità di una maggiore attenzione da parte dei Comuni perché si sviluppi il servizio fornito dalle farmacie pubbliche nel nostro Paese quale elemento complementare e di qualità della distribuzione finale del farmaco».



Andrea Porcaro D'Ambrosio, Venanzi Gizzi e Francesco Schito di Assofarm

SANITÀ

Radioterapia, navetta a tre euro fino al 2022

Almeno fino a settembre 2022 la navetta per recarsi a Livorno per la radioterapia rimarrà attiva con una compartecipazione alle spese di 3 euro a viaggio e un pagamento massimo di 75 per ciclo, quando le

sedute sono trenta o più. In alcune situazioni, anche i tre euro non sono dovuti. Fino a poco tempo fa, c'era chi aveva dovuto sborsare anche 2mila euro per una cura salvavita. **PARRINI / INCRONACA**

SANITÀ

Radioterapia, fino al 2022 la navetta per Livorno costerà 3 euro a viaggio

Da ottobre l'attività nel reparto è ripartita a pieno ritmo con l'installazione di un macchinario di ultima generazione

PIOMBINO. Dopo la fase sperimentale, il trasferimento collettivo a Livorno dei pazienti autosufficienti che devono sottoporsi a radioterapia è stato stabilizzato per i prossimi 3 anni. Almeno fino a settembre 2022 la navetta rimarrà attiva con una compartecipazione alle spese di 3 euro a viaggio e un pagamento massimo di 75 per ciclo, quando le sedute sono trenta o più. In alcune situazioni, anche i tre euro non sono dovuti. Fino a poco tempo fa, c'era chi ha dovuto sborsare anche più di duemila euro per sottoporsi ad una cura salvavita, quella sì, gratuita. Perché ogni viaggio ne costava 65. Una differenza marcata in parte coperta dai Comuni.

Con una procedura di evidenza pubblica la Società della Salute Valli degli Etruschi ha riassegnato con le stesse modalità il trasporto da Piombino e da Cecina alle associazioni che fanno trasporto sanitario. Svolgeranno i collegamenti a rotazione. Croce rossa, Misericordia e Pubblica assistenza per Piombino.

«Dal 17 ottobre l'attività della radioterapia di Livorno è ripresa pienamente con l'installazione del macchinario di ultima generazione che aveva reso necessaria la sospensione del servizio. Servizio che per il nostro comprensorio era stato

convogliato all'ospedale di Grosseto», spiega **Donatella Pagliacci**, direttrice della Società della salute. Che fornisce qualche cifra sull'utilizzo.

Da gennaio ad agosto scorso la navetta in partenza da Piombino ha effettuato 472 viaggi per Livorno. Considerando che il mezzo mediamente trasporta 7 persone e che un ciclo medio di radio è di 20 sedute, le cifre lievitano.

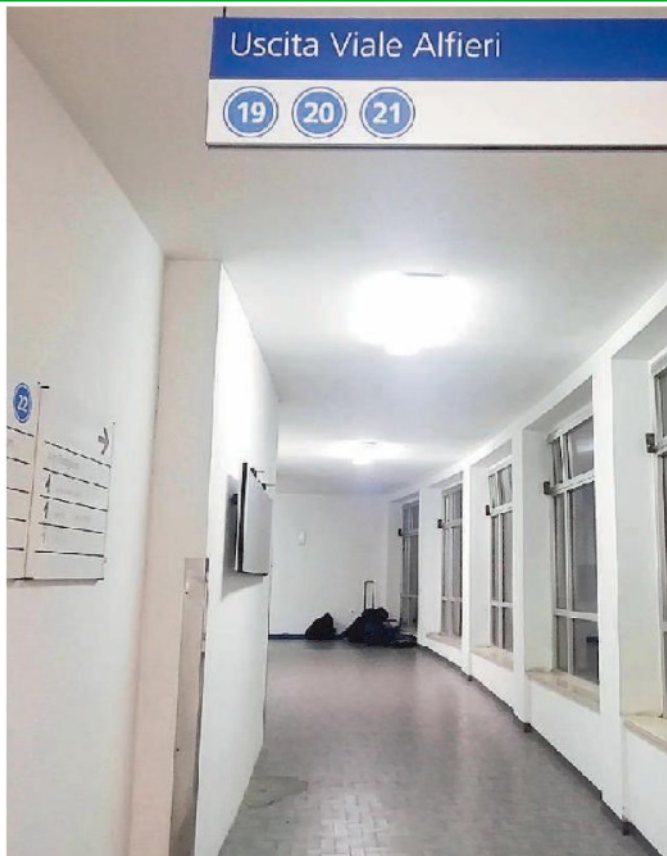
Da settembre da Piombino per Grosseto si sono avuti circa 5 viaggi al giorno scesi a due fino al 14 ottobre. Poi, con la ripresa della piena funzionalità del reparto livornese le cifre stanno risalendo.

Una seconda navetta collega Cecina dove fino ad agosto i viaggi sono stati 251. La vicinanza con il capoluogo ha facilitato l'uso di un mezzo proprio o di collegamenti pubblici. Per i pazienti di questa zona, l'ospedale di riferimento in attesa della riapertura del bunker di viale Alfieri, è stato quello di Lucca.

Sempre in fatto di trasporto dei pazienti oncologici, aveva dato risultati positivi il lavoro di squadra delle associazioni Sempre Donna e Pubblica assistenza con il contributo della fondazione Susan G. Komen Italia. —

V.P.





Il reparto di radioterapia di Livorno

SANITÀ

«Le farmacie pubbliche devono essere difese e valorizzate»

Quarta edizione della Giornata Nazionale in corso di svolgimento a Pisa
Oggi il dibattito moderato da Venanzio Gizzi, presidente di Assofarm

PISA. Un appuntamento che di anno in anno si rinnova per valorizzare il sistema farmaceutico italiano. È questo l'obiettivo della Giornata Nazionale delle Farmacie Comunali che quest'anno, nella sua quarta edizione, si tiene a Pisa, nella bellissima cornice degli spazi dell'Opera della Primaziale Pisana.

Organizzatori dell'evento sono Farmacie Comunali di Pisa ed Assofarm, l'associazione di categoria nazionale. A moderare il dibattito sarà proprio **Venanzio Gizzi**, presidente di Assofarm: «Le sfide legate per una nuova remunerazione, la necessità di avere una nuova convenzione con il Servizio sanitario nazionale e le Regioni legata ai nuovi servizi delle farmacie, la necessità di regolare l'accesso alla titolarità delle farmacie a soggetti che abbiano una concezione sanitaria e non commerciale delle stesse sono alcuni aspetti che saranno trattati nel corso dei lavori di oggi e che rivestono una grande importan-

za».

Nell'occasione saranno presenti tutti i soggetti interessati dalla filiera farmaceutica, da Assofarm agli ordini professionali, da Farmindustria ad Assogenerici, passando per Federfarma.

Asottolineare l'importanza del ruolo delle farmacie comunali saranno le istituzioni presenti a questo incontro con i loro rappresentanti.

«Sono circa 1.660 le Farmacie Comunali presenti su tutto il territorio nazionale - dichiara **Stefania Saccardi**, assessore regionale con delega alla sanità -. La farmacia comunale è non solo un punto front-office aperto per il Cup, per la Tessera Sanitaria e per il pagamento dei ticket, ma spero in un futuro sia il luogo dove vaccinarsi, fare la riconciliazione della terapia, ma anche per la telemedicina di base condivisa con il medico di medicina generale come glicemia, emoglobina glicata, Ecg, lnr».

«Un servizio importante nelle grandi città, ma forse ancora di più nelle piccole realtà - sottolinea l'assessore Saccardi -. Per non parlare del ruolo informativo sui grandi temi della prevenzione, lo screening, l'educazione alla salute ed al corretto uso dei farmaci generici e dei prodotti da automedicazione o di medicina complementare. Proprio per questo, insieme, dobbiamo fare di tutto affinché la farmacia pubblica sia concepita, difesa e valorizzata».

A fare gli onori di casa sarà **Andrea Porcaro D'Ambrosio**, amministratore unico di Farmacie Comunali di Pisa: «Siamo molto soddisfatti che sia Pisa quest'anno ad ospitare l'edizione 2019 della Giornata Nazionale delle farmacie comunali. Ancora una volta la nostra città si dimostra protagonista sul piano nazionale non solo per la grande bellezza, ma anche per la capacità di intervenire attivamente nei grandi dibattiti dell'attualità». —

BY NC ND AL CUN I DIR ITTI RISERVATI





Da sinistra Francesco Schito, Venanzio Gizzi e Andrea Porcaro D'Ambrosio

IL DEPUTATO

La proposta di Gemmato per modificare la legge 124

PISA. È proprio per salvaguardare il valore sociale del servizio delle Farmacie pubbliche e private che nasce la proposta di modifica alla legge 124 del 2017 sulla titolarità del diritto di esercizio e di gestione, avanzata dall'onorevole **Marcello Gemmato**, segretario della Commissione Affari Sociali della Camera, presente oggi al convegno.

«La farmacia merita un impegno sempre più concreto e puntuale da parte del legislatore - dichiara Gemmato - sia dal punto di vista normativo che dell'investimento di risorse. L'applicazione del DM 70 del 2015 ha portato, purtroppo, alla desertificazione dell'assistenza pubblica soprattutto nelle aree rurali e nei centri periferici. Sarebbe auspicabile che i farmaci ora dispensati con distribuzione diretta, ovvero in strutture sanitarie pubbliche, potessero tornare ad essere distribuiti in farmacia così da ridurre o eliminare una serie di svantaggi economici a carico degli assistiti, sia sotto il profilo sanitario che sociale, e del bilancio dello Stato». —



SANITÀ

Sei medici in più per l'ospedale ma i ginecologi non si trovano

Almeno sei medici in più per l'ospedale. Un altro che andrà a rimpiazzare un collega andato in pensione in otorinolaringoiatria. Ma nel piano di rafforzamento del 2020, che l'Asl afferma di aver messo a punto per la Versilia, mancano le assunzioni di ginecologi. «Non riusciamo a trovarne di nuovi», spiega la direttrice generale.

TUCCINI / IN CRONACA

I PIANI PER IL 2020

In arrivo sei medici in più in ospedale Ma l'Asl non trova nuovi ginecologi

La direttrice generale Casani: interventi anche sulle liste d'attesa per ridurre al minimo i disagi per i pazienti

Matteo Tuccini

VIAREGGIO. Almeno sei medici in più per l'ospedale. Un altro che andrà a rimpiazzare un collega andato in pensione in otorinolaringoiatria. Ma nel piano di rafforzamento del 2020, che l'Asl afferma di aver messo a punto per la Versilia, mancano le assunzioni di ginecologi. «Non riusciamo a trovarne di nuovi» spiega al *Tirreno* **Maria Letizia Casani**, direttrice generale dell'Azienda sanitaria Nordovest – Ad oggi non abbiamo soluzioni al problema, se non quello di tutelare il più possibile l'attività dei punti nascita. A scapito delle visite ambulatoriali».

IRINFORZI

L'Asl afferma che il Versilia, in quanto a personale, ha una situazione migliore rispetto ad altri ospedali «anche perché – dice la dg Casani – è una destinazione apprezzata dai professionisti. Ovviamente c'è una carenza di medici in alcune specialistiche che si registra in tutto il Paese». Ci sono reparti sotto organico: ma l'Asl garantisce che, nei prossimi mesi, quasi tutte le lacune saranno colmate. «In tutta l'Asl – pro-

segue Casani – abbiamo bisogno di 43 nuovi medici di pronto soccorso. Con il supporto della Regione stiamo portando avanti il progetto dei neolaureati assunti come rinforzo; nel frattempo potremo attingere da una nuova graduatoria post-concorso pubblico. Tra neolaureati e specialisti contiamo di dare tre unità in più al pronto soccorso versiliese». Previste anche le assunzioni di un cardiologo, un radiologo e il ritorno di un ortopedico che in questo momento è a Piombino. Ci sarà anche l'assunzione di un otorino che andrà a rimpiazzare un collega andato in pensione: in questo senso non aumenterà la dotazione del reparto. «In oculistica – dice la dg dell'Asl – siamo riusciti a tamponare l'emergenza stringendo accordi con 6-7 medici esterni, che in convenzione con noi faranno visite a partire dal 1° dicembre. Questo ci consentirà di smaltire un po' di liste d'attesa». Nulla di fatto, invece, per i ginecologi: le lunghissime attese per le pazienti resteranno tali, almeno per ora. «Non si trovano nuovi specialisti di questa branca, così come è difficile trovare pediatri – dice l'Asl – Abbia-

mo battuto ogni strada, compresa quella di richiamare in servizio alcuni pensionati. Senza esito. Non si possono prevedere miglioramenti sulle liste d'attesa, perché non possiamo lasciare scoperti i punti nascita per agevolare le visite in ambulatorio». E su infermieri e operatori socio-sanitari? «Ad aprile scorso ce n'erano 29 in più rispetto al dicembre 2018», si ribatte.

LE LISTE D'ATTESA

Nei giorni scorsi *Il Tirreno* ha dato conto di un piano straordinario per le liste d'attesa, che però durerà fino a dicembre. «È logico che non ci fermiamo qui – assicura Casani – Abbiamo già fatto molto e i nostri risultati su alcune prestazioni sono buoni. Bene la diagnostica su tutto ciò che riguarda la testa, gli ecodoppler e gli elettrocardiogrammi. Ok le visite fisiatriche, otorino, urologiche, derma-



tologiche e di chirurgia generale. Da migliorare le Tac all'addome superiore e inferiore e gli holter (elettrocardiogramma dinamico, dnr): potenzieremo l'offerta. Così come per le visite cardiologiche e oculistiche, grazie ai medici in più».

ECCELLENZE DA TUTELARE

L'Asl assicura che le tante eccellenze del Versilia saranno tutelate con un progetto ad hoc. «Così come sarà tutelato il pronto soccorso – conclude Casani – che fa 80.000 accessi all'anno. È migliorato rispetto a prima e migliorerà ancora, soprattutto sui tempi d'attesa dei codici minori e dei ricoveri». —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI



La direttrice generale dell'Asl Maria Letizia Casani (a sinistra in camicia bianca) in visita al Versilia

Pronto soccorso ok
«e migliorerà ancora:
vogliamo tutelare
le vostre eccellenze»

DI COSA SI PARLA**I medici che mancano**

Negli ultimi anni il sistema sanitario non trova giovani medici da assumere. Il motivo è che le scuole di specializzazione, che permettono ai neolaureati di scegliere la branca dove eserciteranno, sono a numero chiuso (così come lo sono le facoltà di medicina).

**Le specialistiche ko**

Il problema riguarda un po' tutti, ma in particolare medicina d'urgenza (pronto soccorso), ginecologia, pediatria, radiologia, ortopedia, anestesia. Ora l'emergenza sta "contagiando" anche la medicina generale.

**Il piano pronto soccorso**

Quest'estate la Regione ha dato il via all'assunzione di giovani neolaureati per coprire i buchi nel pronto soccorso. In altre Regioni sono stati richiamati medici dalla pensione.

Breve storia del sangue

Jerome Groopman, The New Yorker, Stati Uniti. Foto di Bernard Faucon

Per secoli la curiosità sulle funzioni del sangue ha alimentato teorie pericolose. Ma anche scoperte rivoluzionarie, che hanno permesso di fare grandi passi avanti nella comprensione del corpo umano e delle malattie

Quarant'anni fa, mentre frequentavo il tirocinio in ematologia all'università della California a Los Angeles, un docente cominciò il suo corso citando un verso del *Levitico*, il terzo libro della Torah e della Bibbia: "La vita della carne è nel sangue". Per tutti i giovani medici presenti si trattava di una verità biologica. I globuli rossi trasportano l'ossigeno, necessario per far battere il cuore e far funzionare il cervello. I globuli bianchi ci difendono dagli attacchi di agenti patogeni. Nel plasma le piastrine e le proteine formano coaguli che possono impedire emorragie mortali. Il sangue è costantemente rinnovato dalle cellule staminali del midollo osseo, i globuli rossi si rinnovano ogni pochi mesi, le piastrine e la maggior parte dei globuli bianchi nel giro di pochi giorni. Dato che le cellule staminali del midollo producono ogni tipo di cellula ematica, quando vengono trapiantate possono restituire la vita a un organismo morente.

Nel libro *Nine pints* (Nove pinte), uscito negli Stati Uniti nel 2018, la giornalista Rose George esamina non solo la biologia unica del sangue ma anche i suoi aspetti storici e culturali, e perfino i suoi collegamenti con l'origine della Terra e della vita. "Il ferro contenuto nel nostro sangue viene dalla morte delle supernove, come tutto il ferro del nostro pianeta", scrive George. "Questo liquido rosso vivo contiene sali e acqua, come il mare dal quale probabilmente siamo venuti". George calcola

che il nostro sangue (ognuno di noi ne ha in media tra le nove e le undici pinte, cioè dai quattro ai cinque litri) percorre ogni giorno circa ventimila chilometri. La nostra rete di vene, arterie e capillari è lunga circa 96mila chilometri, "più del doppio della circonferenza della Terra".

I popoli antichi non sapevano niente di tutto questo, ma avevano capito l'importanza del sangue ed erano affascinati dal suo mistero. Per loro il sangue era qualcosa di nascosto, visibile solo quando usciva da una ferita, oppure durante un parto, un aborto spontaneo o le mestruazioni, perciò era il simbolo sia della vita sia della morte. George torna spesso su questa dicotomia, che definisce "la doppia natura del sangue", e la associa alla figura mitologica di Medusa, una delle tre gorgoni. Si diceva che nelle vene di Medusa scorressero due tipi di sangue: quello a sinistra era letale, quello a destra era in grado di dare la vita. Controllare il sangue significava controllare la morte, quindi non c'è

Per alcuni popoli il sangue era visibile solo quando usciva da una ferita o durante il parto, quindi era il simbolo sia della vita sia della morte

da sorprendersi se questa sostanza occupava una posizione centrale in molte religioni e se ancora oggi, nonostante tutto quello che abbiamo scoperto sulle sue funzioni, siamo ancora affascinati dal suo aspetto mistico primordiale. La linea che separa la medicina dal mito è più sottile di quanto pensiamo, e il sangue continua ad attraversarla costantemente.

Letale e purificante

In alcune culture la perdita di sangue è percepita come un pericolo non solo per l'individuo ma anche per la comunità. In un remoto villaggio induista del Nepal occidentale, George ha conosciuto Radha, una *chau*, che nel dialetto locale significa "donna con le mestruazioni intoccabile", di 16 anni. Durante il ciclo Radha non può entrare nella casa di famiglia né nel tempio, e non può toccare le altre donne perché potrebbe contaminarle. Non può nemmeno consumare latte o burro di bufala, perché gli animali si ammaleranno e smetteranno di produrre latte. Può mangiare solo riso bollito, che la sorella minore getta su un piatto da una distanza di sicurezza.

La pratica di segregare le donne durante il mestruo è molto diffusa. George osserva che la parola "tabù" potrebbe derivare da due termini polinesiani, *tapua*, che significa "mestruazione", o *tabu*, che significa "separato".

Ma il sangue mestruale non è considerato nocivo, e in alcuni casi la segregazione può assumere la forma di una pratica



L'ombre de l'arbre, 1991. Dal progetto artistico *Les idoles et les sacrifices*

comunitaria. A 500 chilometri da dove vive Radha, nei pressi del confine tra il Pakistan e l'Afghanistan, la donne mestruate della popolazione kalasha "si ritirano in una prestigiosa struttura chiamata *bashali*, dove oziano, si divertono e dormono abbracciate", scrive George. "In questa versione della reclusione mestruale la donna è rispettata perché il suo sangue è indice di fertilità e di potere".

A Wogeo, un'isola al largo delle coste della Papua Nuova Guinea, il sangue mestruale è considerato allo stesso tempo letale e purificante, e gli uomini emulano le mestruazioni incidendosi il pene con chele di granchio. Nell'antica Roma il sangue mestruale non era solo una maledizione. Nella sua *Naturalis historia*, Plinio il Vecchio scrive che quando le donne hanno il ciclo possono impedire ai semi di germogliare, possono far seccare le piante e far cadere i frutti dagli alberi. Ma il loro potere distruttivo è anche utile.

Una donna con le mestruazioni può uccidere uno sciame di api o fermare la grandine e i fulmini.

Secondo i principi dell'islam, le donne mestruate non possono recitare certe preghiere e devono evitare i rapporti sessuali vaginali. Anche nell'ebraismo le mestruazioni e i parti possono contaminare i riti. Secondo il rabbino e teologo Shai Held, "il parto ha luogo al confine tra vita e morte, e in una certa misura lo confonde: viene al mondo una nuova vita, ma c'è una perdita di sangue, che è

VU/KARMA PRESS PHOTO

considerato la sede della vita". Gli ebrei e i musulmani osservanti seguono una dieta che vieta il consumo di sangue. Sia la carne kosher sia quella halal devono essere dissanguate, e la kosher viene anche salata per eliminare qualsiasi residuo di sangue. Una piccola macchia di sangue in un uovo lo rende immangiabile. Mentre i fedeli accettano queste proibizioni come leggi divine il cui rispetto dimostra la loro devozione, alcuni studiosi ipotizzano che in origine fossero misure sanitarie per evitare che la carne marcisse, un processo accelerato dall'ossidazione e dalla proliferazione dei batteri. Oggi anche la carne che non è né kosher né halal viene dissanguata. Le persone che dicono di volere la bistecca "al sangue" in realtà stanno parlando della mioglobina, una proteina rossa che immagazzina ossigeno nei muscoli e diventa di un colore più intenso quando è esposta all'aria.

Nonostante il rigido divieto di ingerire sangue, circa duemila anni fa una setta ebraica ribelle decise di mettere questo gesto al centro dei suoi rituali. Il suo capo, Gesù di Nazaret, disse ai suoi discepoli che il pane e il vino dell'ultima cena erano il suo corpo e il suo sangue, e da allora in poi dovevano essere consumati in sua memoria. Il rito dell'eucarestia diventò una delle pietre miliari del primo cristianesimo insieme alla dottrina della transustanziazione, cioè la trasformazione letterale, e non metaforica, che avviene durante il sacramento.

Poteri curativi

Gli studiosi hanno discusso a lungo sui motivi di questa inversione di tendenza nel modo di considerare il sangue, dal divieto di ingerirlo alla sua santificazione come anello di congiunzione con il divino. Alcuni ipotizzano che, nel periodo del Secondo tempio (dal sesto secolo aC al primo secolo dC), molti ebrei erano ormai ellenizzati, e i primi convertiti al cristianesimo prendevano in prestito i riti dionisiaci. Un esempio è l'*agape* cristiana, un banchetto in cui i fedeli mangiavano simbolicamente la carne del loro dio e bevevano il suo sangue, un rito che somigliava a certe antiche pratiche greche.

David Biale, un professore di storia ebraica dell'università della California a Davis, ha ricostruito questa divergenza fra tradizioni ebraiche e cristiane nel libro *Blood and belief*. Biale cita una lettera del 1376 in cui la mistica Caterina da Siena mette in guardia dagli scismi nella chiesa cattolica, invoca l'eucarestia come simbo-

Dall'antichità fin quasi ai tempi moderni, il salasso - effettuato con pietre taglienti e poi con bisturi e lancette - era una pietra miliare della pratica medica

lo di unità e sostiene che i cristiani, a differenza degli ebrei e dei musulmani, sono stati "riscattati e battezzati nel sangue di Cristo". L'idea del sangue divino come veicolo della salvezza umana, scrive Biale, giustifica "l'interpretazione letterale" dell'eucarestia come dogma, le celebrazioni dell'ostia che si diffusero in tutta l'Europa e il nuovo culto delle reliquie".

Si credeva anche che il sangue dei martiri curasse le malattie. La *Legenda aurea*, una raccolta delle vite dei santi della fine del duecento, attribuiva poteri curativi all'acqua usata per lavare le vesti macchiate di sangue di Thomas Becket, l'arcivescovo di Canterbury assassinato nel 1170. Anche al sangue di san Pietro martire, ucciso dagli eretici catari nel 1252, si attribuivano proprietà medicamentose. Il sangue diventò un elemento centrale dell'iconografia cristiana - le stimmate, il sacro cuore - e anche dell'antisemitismo cristiano.

Alla fine del dodicesimo secolo in Inghilterra ci furono dei pogrom contro gli ebrei, accusati di aver ucciso bambini cristiani per usare il loro sangue nella preparazione del pane azzimo per la pasqua ebraica. Viene la tentazione di chiedersi se questa calunnia, che sarebbe stata chiamata "l'accusa del sangue", sia legata in qualche modo ai rituali molto rigidi del giudaismo per evitare il consumo di

qualsiasi tipo di sangue. L'accusa del sangue si è dimostrata incredibilmente duratura, visto che in Europa è riemersa più volte sia nel medioevo sia agli inizi dell'era moderna, e anche nella Russia zarista all'inizio del novecento e, recentemente, è stata ripresa da Hamas nel suo conflitto con Israele.

Quattro elementi

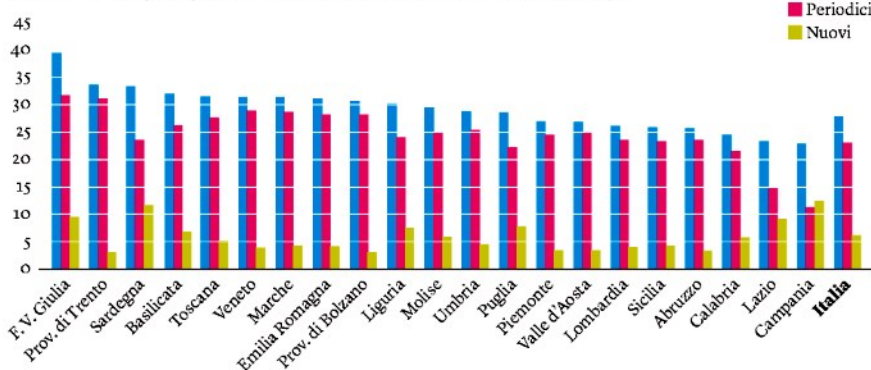
Per migliaia di anni si è pensato che il corpo umano contenesse quattro tipi di liquidi: la bile gialla, la bile nera, il sangue rosso e il flemma bianco (il muco prodotto dalle mucose nelle vie respiratorie). Ognuno corrispondeva a un temperamento (colerico, melanconico, sanguigno e flemmatico), e a uno dei quattro elementi: il fuoco, la terra, l'aria e l'acqua, da cui secondo le credenze traeva origine tutto quello che esisteva nel cosmo. Galeno, un medico del primo secolo, era convinto che il sangue fosse prodotto nel fegato a partire dal cibo e dalle bevande trasportati dall'apparato digestivo.

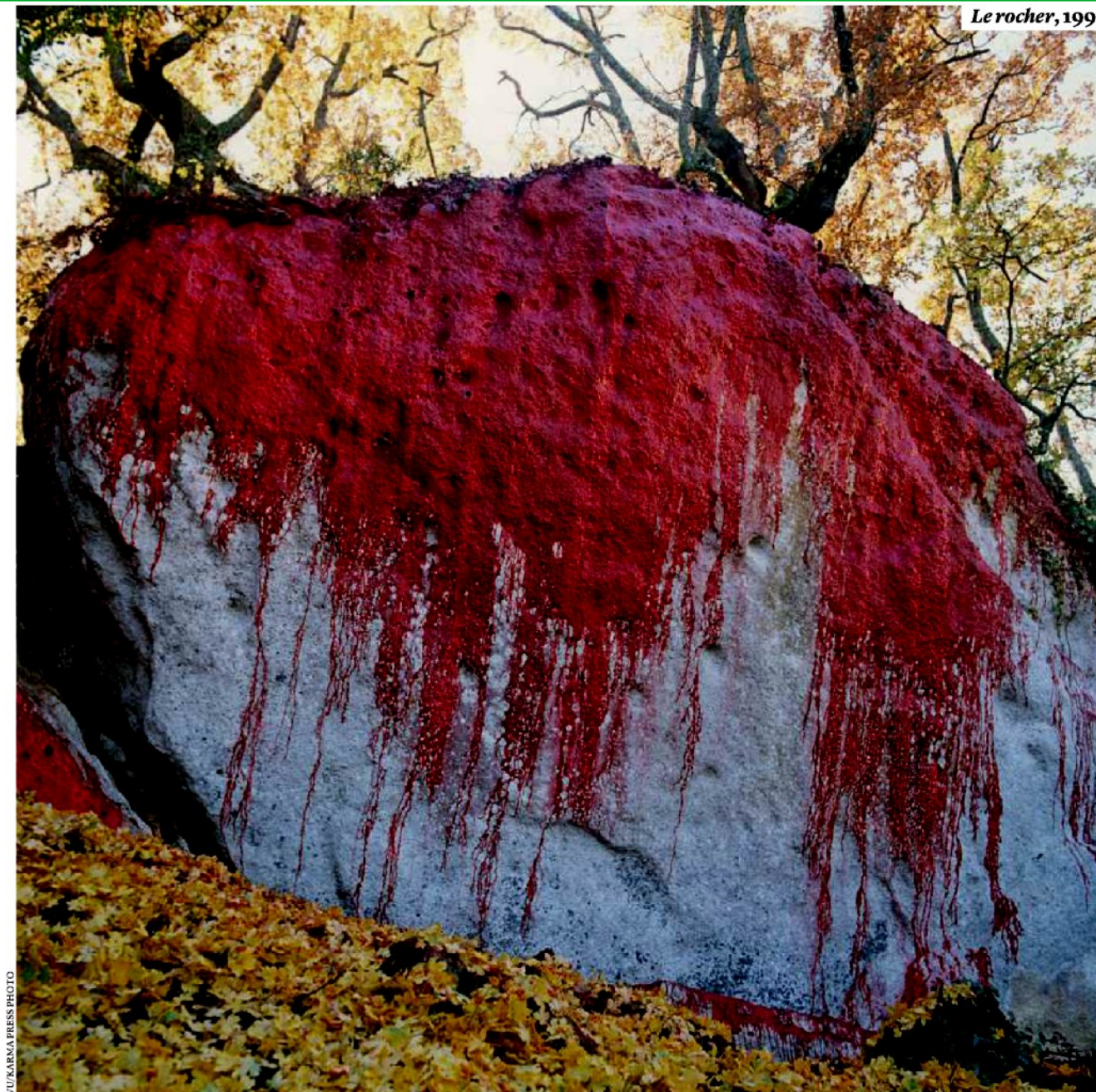
Questo sangue "naturale" entrava nelle vene che lo trasportavano, a ondate, in tutte le parti del corpo. Si riteneva che il sangue venisse costantemente consumato dai tessuti e poi ricreato a ogni pasto. La funzione primaria del cuore era quella di generare calore. Il sangue che scorreva nelle arterie era "vitale": il suo scopo era portare lo *spiritus vitalis* alla carne.

All'epoca si pensava anche che per essere in buona salute bisognasse avere i quattro temperamenti in equilibrio. I problemi arrivavano quando uno prendeva il sopravvento sugli altri, perciò era fondamentale uno svuotamento periodico. Per la maggior parte del tempo il corpo se ne occupava naturalmente: la bile nera, quella gialla e il flemma venivano espulsi attraverso gli escrementi, il sudore, le lacrime

Da sapere Le donazioni in Italia

Donatori di sangue ogni 1.000 abitanti, 2018 Fonte: Centro nazionale sangue





VU/KARMA PRESS PHOTO

e il muco. Ma, a parte le mestruazioni, il corpo non aveva un modo per liberarsi del sangue. Così dall'antichità fin quasi ai tempi moderni il salasso - fatto con pietre taglienti, denti di pesci e in seguito con bisturi e lancette - fu una pietra miliare della pratica medica.

Nel suo libro George racconta di Avicenna, scienziato e filosofo persiano dell'undicesimo secolo, che aveva dedicato molti studi ai salassi. Scrive George: "I diversi vasi sanguigni servivano a scopi diversi. Salassare le vene tra le sopracciglia serviva a placare i mal di testa persistenti, tagliare le vene sotto la lingua era

utile per curare l'angina o gli ascessi peritonsillari. Aprendo la vena sciatica si dava sollievo alla gotta e all'elefantiasi, mentre i dolori mestruali venivano alleviati tagliando la safena".

George è affascinata da quello che chiama "uno strumento essenziale per il salassatore": le sanguisughe. Ne esistono più di 600 specie. "Non tutte le sanguisughe succhiano il sangue e non tutte quelle che lo fanno succhiano il sangue degli esseri umani. Nel corso dell'evoluzione molte si sono specializzate nella ricerca di fonti di sussistenza specifiche: una varietà del deserto vive nel naso dei cammelli,

un'altra si nutre di pipistrelli. Alcune mangiano criceti e rane". George cita alcune delle prime prove dell'uso umano di sanguisughe - tra cui un dipinto sulla parete di una tomba egizia di tremila anni fa - ed è andata a visitare un allevamento di sanguisughe in Galles, realizzato dalla Biopharm. Le sanguisughe allevate lì, destinate all'uso chirurgico, sono "anellidi di acqua dolce a vari segmenti e con dieci stomaci, 32 cervelli, nove paia di testicoli e diverse centinaia di denti, che succhiano il sangue". George spiega che quando si nutrono il loro peso corporeo può aumentare di cinque volte, e per digerire un pasto

impiegano un anno. Il loro morso è "spettacolarmente efficiente" ed è molto meno traumatico per la pelle di un taglio con il bisturi perché anestetizza la preda rendendolo meno doloroso.

Oggi l'uso medico più comune delle sanguisughe è nel campo della chirurgia plastica, in cui possono essere utili per drenare i tessuti gonfi dopo un intervento. Gli ematologi usano il salasso - che chiamano flebotomia terapeutica - nel trattamento della policitemia vera (una malattia rara che porta il midollo osseo a produrre troppi globuli rossi) e per ridurre l'accumulo di ferro nel corpo provocato da una malattia chiamata emocromatosi. Molti dei benefici dei salassi di cui si parlava nelle epoche passate possono probabilmente essere attribuiti all'effetto placebo, ma la stessa cosa si può dire di alcuni sofisticati trattamenti di oggi.

In epoca premoderna il sangue non era solo oggetto di cure ma anche fonte di medicinali. Secondo lo scrittore Richard Sugg, la convinzione che il sangue abbia poteri curativi risale all'antica Roma. Prendendo spunto da un racconto di Plinio il Vecchio, ricostruisce una scena che si svolge nel Colosseo: "L'uomo disteso accanto al gladiatore ha la faccia schiacciata contro una ferita aperta sulla sua gola. Sta bevendo sangue fresco dalla ferita del gladiatore perché soffre di epilessia e sta usando una cura molto popolare per questo suo misterioso disturbo".

Nel quarto secolo, sotto il regno di Costantino, il primo imperatore cristiano, i combattimenti tra i gladiatori diventarono meno frequenti, ma si continuò a bere sangue umano, di solito quello dei criminali condannati a morte. L'ammalato lo beveva "ancora caldo qualche secondo dopo la decapitazione", scrive Sugg. Si dice che nel 1483 il re francese Luigi XI, un fanatico religioso paranoico, imbevesse i suoi pasti di sangue raccolto da bambini in buona salute, nel vano tentativo di evitare la morte per lebbra.

Scoperta solitaria

Gli alchimisti spiegavano i benefici del sangue in base agli elementi classici. Conteneva "aria" che, se distillata, poteva curare l'epilessia e l'emicrania; "acqua", che era un tonico per i disturbi cardiaci e neurologici; ma soprattutto "fuoco", che poteva rianimare una persona al momento della morte. Si pensava anche che il sangue fosse afrodisiaco. Gli alchimisti ne preparavano estratti garantendo ai pazienti "una vecchiaia lussuosa che

si sarebbe mantenuta a lungo in quelle condizioni".

Nell'Inghilterra medievale i frati scrivevano dettagliati metodi per estrarre gli "elementi" dal sangue. "Prendete del sangue umano, versatelo in una fiala di vetro e tenetela coperta di letame per 40 giorni. Poi tiratela fuori, mettetela in un vaso di rame e scaldatela. Lasciatela raffreddare per un giorno e una notte. Raccolgete quello che è rimasto in cima ed è trasparente. Mettetelo in un'ampolla di vetro e distillatelo con un filtro. Una volta distillato, mescolatelo con la stessa quantità di *aqua ardens*, poi distillate la miscela in un alambicco. L'acqua che rimane è più efficace di tutte le altre acque al mondo per curare le ferite".

Queste credenze perdurarono fino alla prima fase della rivoluzione scientifica. Robert Boyle, il chimico inglese del secolo che formulò la legge fondamentale sul comportamento dei gas, faceva ricorso all'alchimia per estrarre lo "spirito del sangue" come panacea.

A quel punto lo studio del sangue aveva cominciato a essere condotto su basi veramente scientifiche. Nel 1628 il paradigma di Galeno, secondo cui il sangue era prodotto dal cibo, fu demolito dalla pubblicazione di *Exercitatio anatomica de motu cordis et sanguinis in animalibus*, del medico inglese William Harvey. La rivoluzionaria intuizione di Harvey - il sangue esce dalla parte sinistra del cuore attraverso le arterie e torna alla parte destra attraverso le vene - viene spesso citata come la più grande scoperta della medicina fatta da una persona sola.

È ancora più sorprendente che sia arrivato a questa scoperta attraverso l'osservazione empirica e l'induzione, che sono alla base del metodo scientifico moderno. Facendo defluire il sangue di pecore e maiali, Harvey scoprì che il suo volume era molto maggiore di quello del cibo che avevano ingerito. Ne concluse

che il sangue non veniva consumato e assorbito, ma doveva necessariamente circolare in modo continuo. Durante una dimostrazione pubblica aprì un serpente vivo per far vedere come funzionava la circolazione. Quando la vena del cuore veniva compressa, il muscolo si riduceva di dimensioni, e quando poi il cuore veniva aperto, non conteneva nessuna traccia di sangue. Con l'aiuto di lacci emostatici, Harvey dimostrò anche che le vene si congestionavano e che il sangue che contenevano poteva spostarsi solo nella direzione del cuore.

Armati di queste conoscenze, i medici cominciarono a considerare la possibilità di fare trasfusioni. Nel 1666 Richard Lower presentò alla Royal society di Londra il primo rapporto scientifico sulla trasfusione che aveva fatto tra due cani usando una penna d'oca per collegare un'arteria nel collo di uno alla giugulare dell'altro.



Un anno dopo alcuni medici francesi iniettarono il sangue di un vitello nella vena di un ragazzo. Convinti che la procedura non fosse pericolosa, ripeterono l'esperimento e, mentre il sangue entrava nel corpo dell'uomo, il suo battito cardiaco aumentò, cominciò a sudare sulla fronte e a lamentare un forte dolore alla schiena.

Questi sintomi fanno pensare che il suo corpo, avendo sviluppato gli anticorpi al sangue del vitello dopo la prima trasfusione, a quel punto lo rigettasse. Ma i medici francesi non si lasciarono scoraggiare, gli fecero una terza trasfusione e l'uomo morì poco dopo.

I nostri gruppi

Quei primi fallimenti spinsero la Royal society, il parlamento francese e la chiesa cattolica a vietare le trasfusioni di sangue negli esseri umani. Per 150 anni questa pratica fu bandita dalla medicina ortodossa. Se ne tornò a parlare nel 1900, quando Karl Landsteiner, un medico dell'università di Vienna, fece il primo passo verso la scoperta dei gruppi sanguigni. Studiò il siero (uno dei componenti liquidi del sangue) di sei uomini sani, il suo e quello di cinque colleghi. Scopri che il siero di certi donatori faceva agglutinare i globuli rossi di altri e ne dedusse che dovevano esserci diversi tipi di sangue, che potevano essere classificati in base alle agglutinizioni osservate.

Nel corso degli anni Landsteiner e i suoi colleghi individuarono i principali gruppi sanguigni che conosciamo oggi -

I primi fallimenti spinsero la Royal society, il parlamento francese e la chiesa cattolica a vietare le trasfusioni di sangue negli esseri umani



VU/KARNA PRESS PHOTO

A, B, AB e o – e dimostrarono che in base alle interazioni tra loro si poteva decidere se una trasfusione era sicura. I portatori di sangue del gruppo AB potevano riceverlo da qualsiasi donatore; quelli del gruppo o, come lo stesso Landsteiner, potevano donarlo a tutti. Si potevano fare trasfusioni senza mettere a rischio la salute del paziente. Per la prima volta dall'epoca degli alchimisti, il sangue diventò di nuovo una medicina.

Seguirono altre scoperte. Nel 1914 si scoprì che il citrato di sodio impediva al sangue di coagularsi e quindi consentiva di prelevare da un donatore e conservarlo

fino a quando non fosse servito. Durante la prima guerra mondiale, questa scoperta salvò la vita a molti soldati feriti. Nel 1937 Landsteiner e Alexander Wiener individuarono un'altra essenziale caratteristica del sangue: il fattore Rh, motivo dell'incompatibilità del sangue tra alcune madri e i loro feti, che all'epoca provocava la nascita di molti bambini morti.

Alcuni degli esperimenti più famosi e discussi fatti di recente sul sangue stanno in un certo senso riportando in vita la vecchia speranza che il sangue possa rivelarsi un elisir di giovinezza. Uno di questi campi di ricerca è la parabiosi, il cui nome

deriva dalle parole greche “vicino” e “vita”. Collegando tra loro due individui, come una coppia di gemelli siamesi, alcuni scienziati sono riusciti a osservare gli effetti della condivisione del sangue. Dal 2013 Amy Wagers, ricercatrice di Harvard che si occupa di cellule staminali, ha studiato la parabiosi in coppie di topi di età diversa, e ha scoperto che quando circola attraverso il corpo di uno più vecchio, il sangue di un topo giovane può invertire il deterioramento dei muscoli e ringiovanire il cervello.

Questi sorprendenti risultati sono stati confermati da alcuni ricercatori ester-

ni, anche se altri non sono riusciti a replicare i risultati. Oggi diverse aziende pubblicizzano il ringiovanimento tramite infusioni di sangue giovane. Il libro di George ne cita una, l'Ambrosia, che prende il nome dal cibo degli dèi e ha cliniche a San Francisco e a Tampa. Il suo fondatore, Jesse Karmazin, è stato un medico del Brigham and women's hospital di Boston fino al 2016, quando ha firmato un accordo volontario di sospensione della pratica in Massachusetts. Un sistema, osserva George, comunemente usato dai medici che rischiano di essere radiati.

Karmazin sostiene che la sua azienda sta semplicemente conducendo un test clinico sulla trasfusione di plasma da donatori sotto i 25 anni. Ma per partecipare alla sperimentazione bisogna pagare ottomila dollari, e più di cento persone hanno aderito all'iniziativa. Karmazin sostiene di aver ottenuto risultati straordinari: alcuni pazienti hanno dichiarato di sentirsi più giovani e sembra che almeno uno sia guarito dall'alzheimer. Tumori, malattie cardiache e diabete, dice, possono essere curati con due litri di plasma giovane.

George spiega che non esiste nessun buon motivo per credere a queste affermazioni, che non sono state mai sottoposte al giudizio di chi lavora nello stesso campo. Ma, come nell'Europa del rinascimento, quando la nobiltà beveva il sangue dei giovani, oggi ci sono molte persone ricche, soprattutto nella Silicon valley, disposte a pagare per una boccata di immortalità.

Sangue e politica

Linee di sangue. Fratelli di sangue. Faide familiari che sfociano nel sangue. Ancora oggi pensiamo al sangue come qualcosa che rafforza l'identità tribale. Gli inquisitori spagnoli pensavano che fosse il sangue a definire la razza, come i proprietari di schiavi degli stati americani del sud e i nazisti che teorizzavano l'eugenetica. Il ritorno dei sentimenti nativisti riporta in primo piano la fissazione sciovinista per "il sangue e la terra", alimentata da politici come Donald Trump, Marine Le Pen, Nigel Farage e Steve Bannon. Come dice George: "Temiamo ancora il sangue, nonostante la scienza e le nostre conoscenze, e chiediamo al sangue di dirci chi dobbiamo temere".

Il sangue è usato anche in senso figurativo ed emotivo: quando siamo arrabbiati il nostro sangue "ribolle", quando abbia-

mo paura o ci sentiamo minacciati "si ragge". Queste associazioni primitive sembrano sorde ai progressi della scienza. In Giappone si sta facendo strada una teoria pseudoscientifica secondo cui i gruppi sanguigni determinano i tipi di personalità, un po' come se fossero dei segni zodiacali. Le persone del gruppo A, scrive George, sono considerati "perfezionisti", gentili, calmi perfino nelle situazioni di emergenza, e guidatori prudenti. Quelle del gruppo B sono eccentriche ed egoiste, ma anche gioviali. Quelle del gruppo O sono allo stesso tempo vigorose e caute,



mentre quelle del gruppo AB sono complicate". I datori di lavoro decidono chi assumere e i giovani con chi uscire in base al gruppo sanguigno. Nel 2011, quando si dimise per aver offeso i sopravvissuti al disastro di Fukushima, un ministro usò come scusa il suo gruppo sanguigno. "Il mio sangue è di tipo B", disse, "il che significa che posso essere irritabile e impetuoso, mia moglie mi ha chiamato per ricordarmelo".

Quando studiavo medicina, l'aspetto che apprezzavo di più del sangue era la facilità con cui ci si poteva accedere. Basta pungere un dito e possiamo farne scivolare una goccia su un vetrino che, visto al microscopio, ci rivelava un mondo di cellule di forme, dimensioni e colori diversi. Guardare il sangue in questo modo era come risolvere un indovinello, si poteva studiare la configurazione del nucleo e il contenuto del citoplasma per arrivare a una diagnosi corretta.

Mentre prendevo la specializzazione in ematologia, un'altra rivoluzione della scienza cambiò l'arte della diagnosi: la tecnica del dna ricombinante permette di clonare e sequenziare più facilmente i geni, e di far risalire le malattie a specifiche mutazioni del nostro codice genetico. Gli ematologi non devono più fare affidamento solo sullo studio delle cellule al microscopio. Possono analizzare il sangue a li-

I progressi scientifici hanno permesso di analizzare il sangue a livello molecolare per individuare le anomalie che causano alcune malattie

vello molecolare per poter individuare le anomalie che causano le leucemie, i linfomi e altre malattie. Sono stati creati nuovi farmaci che prendono di mira queste mutazioni e riescono a ottenere la remissione di tumori del sangue resistenti perfino alle cure chemioterapiche più intensive.

Negli ultimi anni le tecniche di sostituzione dei geni sono andate avanti a tal punto che possono essere efficaci per curare malattie del sangue congenite come l'emofilia e la talassemia. E le stesse cellule ematiche sono state geneticamente manipolate per essere usate come armi contro il cancro: in un trattamento chiamato terapia "Car-T", le cellule dei linfociti T possono essere modificate per riconoscere e combattere la leucemia, il cancro ai polmoni e il linfoma di Hodgkin. Le proteine che portano le cellule staminali a diventare leucociti, globuli rossi o piastrine possono essere usate per accelerare la produzione di sangue in pazienti che hanno un emocromo basso e per tamponare gli effetti tossici della chemioterapia e del trapianto di midollo, riducendo il rischio di infezioni ed emorragie.

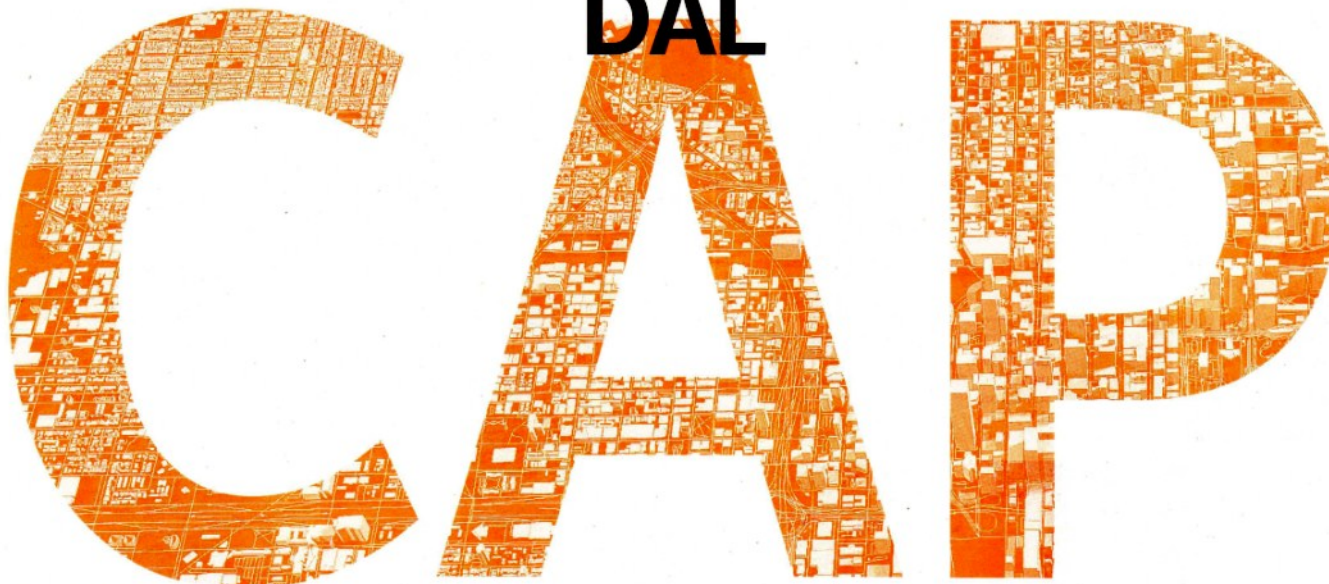
Anima rossa

I progressi sono stati così rapidi che i periodi precedenti della mia carriera sembrano quasi essere stati incredibilmente primitivi. Poco dopo aver preso la specializzazione in ematologia, nei primi anni ottanta, mi sono imbattuto in molte persone affette da emofilia che stavano morendo a causa delle trasfusioni di sangue. Nel 1985, due anni dopo la scoperta dell'hiv, sono stati ideati dei test per lo screening dei donatori e per eliminare il sangue infetto dalle banche del sangue. Questi test salvavita, e altri simili per l'epatite B e C, oggi sono procedure di routine che diamo per scontate.

Alla fine del 2018 si è tenuto a San Diego il convegno annuale dell'American society of hematology, l'organizzazione che rappresenta gli ematologi statunitensi. Il programma comprendeva alcune nuove scoperte sulla biologia del sangue e conferenze sugli ultimi progressi nei trattamenti dei pazienti, compresa un'alternativa alla chemioterapia per una delle forme più comuni e incurabili di leucemia.

Ma anche se gli studi sulle funzioni e sul comportamento del sangue sono sempre più avanzati, io e i miei colleghi non siamo ancora riusciti a scoprire il suo mistero più antico e profondo. Nel Levitico, la parola *nefesh*, tradotta come "vita", significa anche "anima". ♦ *bt*

LA VITA? DIPENDE DAL



Per Guido Kroemer, il vincitore del premio da un milione di euro Lombardia è Ricerca, il vero allarme è la relazione tra condizioni sociali e salute: «Il codice di avviamento postale conta più della genetica

In città come Chicago, a seconda del quartiere, si possono perdere fino a trent'anni»

«Le cellule mangiando se stesse possono rallentare i processi di invecchiamento»

«Recentemente abbiamo scoperto la proteina della fame che blocca la salute autofagia»

di **MASSIMO SIDERI**

«**L**a differenza nell'aspettativa di vita tra il centro di Chicago e la periferia può essere anche di 30 anni, mentre per Roma o Milano questa differenza si riduce a soli 5 o 6 anni». Tradotto: il Cap vince sul Dna. A differenza di quanto pensiamo, a livello collettivo, a contare di più per la longevità sono i fattori socio-economici oltre al cibo. Il codice di avviamento postale, di fatto, può segnare una vita più della genetica. Il professore alla Facoltà di Medicina dell'Università Paris Descartes, Guido Kroemer, è il vincitore del premio Lombardia è Ricerca da un milione di euro. Una cifra che dovrà essere spesa in maggioranza in progetti lombardi e che, racconta Kroemer, «ricompensa il lavoro sul-

l'invecchiamento in salute (*healthy aging*), un campo che mi affascina moltissimo».

I suoi studi e le sue scoperte sono legate all'autofagia cellulare. Ce ne spiega il significato in relazione alle sue scoperte sull'invecchiamento sano?

«Innanzitutto abbiamo scoperto che qualsiasi metodo che aumenta la longevità di alcune specie modello (come per esempio il moscerino della frutta o i topi), metodo che può essere genetico, farmacologico, nutriziona-

le o comportamentale, deve indurre un fenomeno preciso nelle cellule che compongono l'organismo. Le cellule, infatti, posseggono un meccanismo anti-invecchiamento latente molto efficace, l'autofagia. La parola autofagia è un neologismo greco e significa "mangiare se stessi". Infatti, la cellula può sequestrare, digerire e quindi riciclare delle porzioni di se stessa, permettendo un ringiovanimento graduale. In un certo senso, l'autofagia può considerarsi come il dispositivo anti-aging più efficace che esista. Anche se il tempo cronologico avanza inesorabilmente, seguendo una costante fisica, inalterabile, l'autofagia è in grado di frenare il passo del tempo biologico. Disaccoppiando il tempo cronologico da quello biologico si può dilatare quest'ulti-

mo e rallentare l'invecchiamento».

Come mai si è interessato all'invecchiamento? Lei ha iniziato a porsi queste domande da giovane. Il passare del tempo la preoccupava?

«È il problema esistenziale più intrigante dopo quello della morte. Anni fa quando mi sono trasferito in Francia, ho risolto il problema della morte, almeno dal punto di vista biologico. Ho scoperto che i mitocondri (le centrali energetiche della cellula) controllano

il processo di morte cellulare, dopodiché mi sono interessato all'invecchiamento, a questo processo che accompagna e annuncia la transizione dalla vita alla morte. È un problema molto affascinante sia dal punto di vista scientifico, che filosofico e individuale. Come rallentarlo, come renderlo sopportabile, come attenuare la perdita di autonomia e alleviare la malattia cronica?»

Ricorda come è nata questa sua passione scientifica? Un libro, una persona, un programma visto magari in Tv...

«È stato grazie alla visita di un laboratorio di biologia cellulare. Lì, ho avuto l'occasione di osservare delle cellule umane vive al microscopio. Nella coltura si osservavano nascite (le divisioni cellulari) e agonie (la morte cellulare). Tutte le vicende della vita si svolgevano in quella piastra. Ne sono rimasto impressionato e da lì è nata la mia passione».

L'Italia è un Paese con una speranza di vita straordinaria. Con circa 82,3 anni è seconda, tra i grandi Paesi, solo al Giappone. Non sembra un caso che Italia e Giappone siano due luoghi con una grande cultura del cibo. È così? Il cibo è una delle variabili chiave del buon in-

vecchiamento?

«Con altri paesi mediterranei come la Spagna, l'Italia ha un'aspettativa di vita molto alta, anche se rimane lontana dal Principato di Monaco, un paese estremamente ricco, e il Giappone, un paese con un tasso d'obesità molto basso. Infatti l'obesità causata da un eccesso ipercalorico inibisce l'autofagia (e quindi accelera l'invecchiamento), e l'Italia è il Paese dell'Unione con il tasso d'obesità più basso anche se la percentuale attuale (19-20% degli adulti) è sempre troppo alta. Oltretutto l'Italia come la Spagna e il Giappone è un Paese dove le disuguaglianze sociali sono limitate: rino sano».

Dunque a contare di più sono i fattori socio-economici oltre al cibo. Non esistono differenze genetiche, da questo punto di vista, e tutte le popolazioni del mondo potrebbero arrivare a questo obiettivo?

«Se le ricette di longevità non cambiano lungo l'albero filogenetico, all'interno di tutte le popolazioni di vermi, di mosche, di topi o scimmie, logicamente valgono anche per tutte le popolazioni umane».

Quali sono i progetti di ricerca che affronterà nel futuro anche grazie al premio?

«Stiamo cercando di trovare delle nuove sostanze naturali o farmacologiche che non siano tossiche e capaci d'indurre l'autofagia; li chiamiamo "mimetici della restrizione calorica" e ne abbiamo individuati alcuni che aumentano la longevità dei topi di laboratorio. Recentemente abbiamo scoperto la "proteina della fame", un fattore endogeno, prodotto da nostre cellule affamate, che stimola l'appetito e incidentalmente sopprime l'autofagia. La possiamo neutralizzare sperimentalmente per lottare contro l'obesità. Speriamo di poter applicare presto queste conoscenze all'uomo. Abbiamo fretta di rallentare il tempo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

IO, MINISTRO-OMBRA SANITA'

LOTTERIA MEDICO DELLA MUTUA

SINDROMI

*Il gruppo
si divide tra
affebrati,
portatori
di altri
mali e gente
in attesa
solo del
certificato
medico*

MORITURI

*Uscendo
dallo studio
si osservano
i resistenti
ancora in
attesa, come
i salvati
finiscono
per
guardare
i sommersi*

DENTRO O FUORI Arrivare molte ore in anticipo, armarsi di pazienza e di numeretto: il dottore visita per 90 minuti, chi è oltre il numero 15 sa che dovrà tornare il giorno dopo e sottomettersi nuovamente alla trafila

» DANIELA RANIERI

Vicini e conoscenti avevano avvertito: “Guarda che se vuoi andare dal medico devi andare tre ore prima a prendere i numeretti fuori, perché visita solo 15 pazienti a turno”.

Il medico che copre questa zona di Roma ha circa 3.000 assistiti. Riceve il mattino o il pomeriggio per un'ora e mezza. Formalmente, è aperto tutti i giorni della settimana, ma l'orario è a scacchiera.

I vicini avevano fatto terrorismo psicologico: “Ti conviene prenotare una visita privata”.

Credendo nel pubblico, decisa a smentire il nichilismo neo-liberista del già sottosegretario alla presi-

denza del Consiglio Giorgetti (“Nei prossimi 5 anni mancheranno 45 mila medici di base, ma chi va più dal medico di base?”), la cronista-ministro ombra della Sanità si reca dal medico condotto.

Purtroppo, quella mattina il medico non c'è; c'è il pomeriggio del giorno dopo. Sono solo 36 ore di attesa.

L'indomani si va davanti allo studio del medico con due di anticipo, decisi a sfatare la vox populi. In fila ci sono già parecchie persone. Un signore sui 75 anni si è incaricato di fabbricare dei numeretti artigianali strappando dei quadrati di carta da un bloc-notes che si è opportunamente portato da casa. A noi tocca il numero 11.

A un'ora dall'apertura dello studio si sono già assegnati i 15 pseudo-numeretti regolamentari, ma alcuni pazienti, che chiameremo esodati, continuano a restare in fila. Tra chi resta, c'è chi ha la febbre e quindi ha la priorità (“Ma qui abbiamo tutti la febbre”, sostiene una signora), e chi deve farsi fare “un cer-



tificato", e quindi passerà avanti a tutti, extra-fila.

Arriva la segretaria, che apre lo studio: c'è comunque una piccola ressa per accaparrarsi il numeretto ufficiale, scritto con l'Uniposca su cerchi di legno compensato; la fila ufficiosa non vale più; si scoprono altri criteri di priorità. Il numero 15, paventando di perdere il posto a causa di slittamenti imperscrutabili, dice di sentirsi la febbre.

La segretaria appronta una pre-diagnosi veloce degli assistiti: chi aveva la febbre già prima, passa avanti senza numero; chi deve andare a lavorare prende i primi numeri (improvvisamente, il tasso di disoccupazione nazionale si riduce drasticamente; si scopre che giovanotti di 78-79 anni sono attesi al lavoro dall'altra parte di Roma); chi non ha urgenza è tecnicamente un codice verde e quindi slitta all'ultimo, ma solo se era in possesso di un pre-numero entro il 15, perché - la cosa è stata sperimentata - il medico non ce la fa a visitare più di 15 pazienti con un'ora e mezza. Qualcuno - io - chiede come mai il medico debba andarsene per forza dopo un'ora e mezza, se per caso è atteso in ospedale per una tracheotomia. Viene guardato malissimo in quanto distruttore di un delicatissimo equilibrio sociosanitario che sista cercando di creare tramille impedimenti, tra

i quali gli orari arbitrari del medico non rientrano. La segretaria si fagorante dell'onore del suo superiore: "A volte rimane anche due ore".

Il medico è arrivato, ha indossato il camice e intima al primo di entrare. Si fa avanti il primo che solleva la potenza burocratica del certificato. Si apprende che apporre una firma su un certificato (di sana e robusta costituzione? Di permesso per il lavoro? Di infermità temporanea?) può richiedere fino a 12 minuti. Secondo un rapido calcolo, con questo ritmo negli sperabili 120 minuti di visita passeranno da quella porta 10 cristiani. Non uno di più. Ci si chiede che fine faranno gli altri.

I presunti certificati sono tre. Per fortuna chi ha la febbre viene liquidato alla svelta con un'auscultazione delle spalle: Tachipirina e riposo. Il paziente numero 3 è un caso difficile: 21 minuti. Ci si interroga sulle diagnosi che sia possibile fare avendo a disposizione solo un ricettario, uno stetoscopio e una penna. La paziente 5 ci mette 45 secondi solo per alzarsi e raggiungere la porta del medico. Andata e ritorno, sono 1 minuto e mezzo buttati. Ci si scopre a fare pensieri poco empatici, da giungla. Tra chi aspetta, c'è chi tossisce perché ha la bronchite e chi tossisce polemicamente (e forse ha anche bronchiti, tracheiti, faringiti, otiti): ciò mette in pericolo la salute di tutti e si tradurrà in un costo ulteriore che graverà sul Sistema Sanitario Nazionale. Nessuno è disposto ad andarsene. Verso le 17:45, siamo tutti gravemente malati. Proliferano storie/leggende metropolitane di persone che dopo aver aspettato quattro ore, di cui tre fuori al freddo e sotto la pioggia battente, sono state mandate al pronto soccorso, dove sono rimaste quattro giorni su una barella prima di esser visitate.

Alle 18:10 il medico esce e chiede quanti pazienti rimangano. Si accorge che non ce la farà mai. Con-

fabula con la segretaria la quale viene lasciata sola a comunicare agli utenti che i casi non urgenti sono invitati a tornare l'indomani mattina. Nessuno si muove. "Siamo tutti casi urgenti", dice la numero 14, che viene quasi applaudita.

Alle 18:29 una nuvola di panico e nichilismo aleggia nella sala d'aspetto. Il tunnel carpale discute col reflusso gastroesofageo su quale dei due casi sia più urgente e quale invece possa andarsene a casa. Allo scadere dei 90 minuti regolamentari, il medico si riaffaccia e chiama eroicamente il prossimo.

È il nostro turno. Al cospetto del medico, si espone il problema. Lui ascolta, ma sa che non è grave, altrimenti il paziente sarebbe andato in ospedale. Ciò gli dà agio di prescrivere un farmaco da banco e fare raccomandazioni di massima, di quelle che si fanno ai sani: bere molto, idratarsi, ecc. La paziente, delusa, anche per ammortizzare l'attesa tira fuori una vecchia storia di ernia iatale che si risveglia al cambio di stagione. Il medico riflette, prende la penna e dice: "Con calma, si potrebbe pensare a una gastroscopia". Entrambi sanno che quell'esame, che grazie a Renzi e Lorenzin è considerato inutile, nel pubblico a Roma si potrà agevolmente prenotare per il marzo 2023. Quando si esce, ci si sorprende a indossare la faccia incurante dei salvati; i sommersi siedono come anime in pena, ormai nell'ottica di tornare il giorno dopo, gli occhi pieni di paura alla prospettiva di quattro giorni di attesa su una barella del pronto soccorso.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'intervista

«Il prezzo pagato?
Io, primario
di turno la notte»

Maria Pirro

«In pronto soccorso da 48 a 36 medici. E io, primario, faccio le notti»: così Fiorella Palladino, primario al Cardarelli. A pag. 2

Intervista **Fiorella Paladino**

«Il prezzo al pronto soccorso siamo scesi da 48 a 36 medici e io, primario, lavoro di notte»

LA RESPONSABILE
DEL PS DEL CARDARELLI
«I TAGLI IMPOSTI
DAL PIANO DI RIENTRO
HANNO LIMITATO
LE ASSUNZIONI»

IN REPARTO TURNI
MASSACRANTI
COSÌ IMPOSSIBILE
OPERARE UNA FRATTURA
DI FEMORE IN 48 ORE
COME PREVEDONO I LEA

Maria Pirro

«Non andiamo neanche in bagno durante il turno di lavoro», confida sottovoce Fiorella Paladino. La dottoressa è responsabile del pronto soccorso al Cardarelli, dal 2012 in servizio nella struttura più grande del Mezzogiorno, e proveniente da un altro ospedale di frontiera, il San Paolo di Fuorigrotta. Ha così vissuto in prima linea tutte le fasi del commissariamento della sanità campana, ai tagli e alle tensioni. Ha assistito all'aggravarsi delle difficoltà in corsia, come si sa, dovute innanzitutto al blocco del turn-over imposto dal piano di rientro dal deficit. E ne subisce direttamente le conseguenze: il primario a 63 anni si ritrova a coprire le notti di guardia. La carenza di personale in organico, dovuta alla sospensione prolungata delle assunzioni, è il principale motivo di disagio. Esatto? «Sì, anche io faccio i turni di notte, se serve: ne ho previsti diversi a dicembre, affinché i colleghi possano andare in ferie o

comunque trascorrere qualche giorno in famiglia». Quanti medici lavorano al pronto soccorso del Cardarelli? «Noi medici siamo 36 al lavoro nel pronto soccorso e nel reparto di osservazione breve intensiva». Quanti per turno? «Sette, la mattina; sette, il pomeriggio. E cinque, la notte». Organico previsto sulla carta, invece? «Quarantadue, almeno otto professionisti in più e indispensabili per l'alta affluenza di pazienti». Può indicare qualche cifra, per capire. «Siamo chiamati a visitare 240 pazienti al giorno, anche 300 pazienti nei giorni festivi o durante l'epidemia influenzale. Così, il tempo a disposizione per ciascuno si riduce». E la notte è da incubo. «Ogni collega ne assicura sei, anche sette al mese. Tante, troppe». E i medici dell'emergenza sono chiamati a garantire non solo il pronto soccorso, ma anche le prestazioni in osservazione

breve intensiva, dove vengono sistemati gli ammalati in attesa del trasferimento nei reparti. «Qui un solo medico può ritrovarsi a dover assistere anche 90 malati o addirittura 100 ammalati, come accaduto nella precedente epidemia influenzale. Ma va anche detto che nell'emergenza si registra un doppio problema: le difficoltà causate dallo stop al turn-over sono aggravate dagli intoppi nel reclutamento del personale che si hanno in tutt'Italia per effetto del numero insufficiente di borse di studio per i corsi di specializzazione programmati nelle scuole di Medicina». Chi può, fugge dal pronto soccorso del Cardarelli.



«Il lavoro è stressante, più pesante che in altri reparti ma retribuito allo stesso modo».

Ma non è stato sempre così.

«Nel 2012, i medici erano 48. Solo nell'ultimo triennio, con la legge Madia e i notevoli sforzi dei direttori generali che si sono avvicendati, Ciro Verdoliva e Giuseppe Longo in particolare, è stato possibile stabilizzare alcuni colleghi e affrontare le difficoltà anche nel comparto, assumendo personale interinale».

Ma non può bastare.

«Con il piano di rientro, la riduzione di posti letto e reparti, si sono avute grandi difficoltà ulteriori nella rete territoriale. E questo ha spinto i pazienti a chiedere aiuto in ospedale anche per saltare le liste di attesa lunghe in ambulatorio e ottenere subito esami e diagnosi. In particolare, per l'urologia, la chirurgia vascolare e la chirurgia toracica».

E gli ammalati oncologici si ritrovano in barella.

«Dipende sempre dal commissariamento, sempre dalla mancanza di personale per attivare servizi e strutture. Così gli ammalati oncologici vengono in ospedale anche per fare una trasfusione, visto che non sono ancora in funzione gli hospice e tutte quelle altre strutture per lungodegenza e malati terminali».

Quali sono altri effetti collaterali?

«Ad esempio, la difficoltà a operare una frattura di femore entro 48 ore, come previsto nei livelli essenziali di assistenza, o a garantire alcune indagini rapidamente, in questi casi per l'emorragia di anestesisti».

In quanto tempo la Campania può davvero uscire dall'emergenza dovuta al commissariamento?

«Occorre un tempo tecnico per provvedere, il procedimento per i concorsi e una complessiva riorganizzazione è comunque complesso».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Campania, la sanità risanata resta il deficit dell'assistenza

►Dopo dieci anni finito il commissariamento: la gestione va alla Regione
Via alle assunzioni. Pronto soccorso e qualità dei servizi agli ultimi posti

Ettore Mautone

Via libera, a Roma, all'uscita della Campania - dopo dieci anni - dal regime commissariale. Ora manca la ratifica della presidenza del Consiglio dei ministri, attesa per Natale. Quando i poteri torneranno al governatore della Campania sarà nominato un assessore. Resta, pesante, il nodo dell'assistenza: pronto soccorso e qualità dei servizi sono agli ultimi posti.

Alle pagg. 2 e 3

Il sistema salute Svolta sanità, la Campania fuori dal commissariamento

►C'è il via libera della Conferenza Stato-Regioni, ora serve ►Migliorati i Lea e rispettati i termini di contenimento dei costi l'ok del governo. De Luca: «Fatto un lavoro straordinario» Ma la spesa procapite è inferiore di 143 euro rispetto alla media

**L'INTESA SBLOCCA
ANCHE LE ASSUNZIONI
DI MEDICI IN TUTTA
ITALIA: DUEMILA
CAMICI BIANCHI
E 5MILA INFERMIERI**

LA DECISIONE

Ettore Mautone

Governo della Salute: via libera ieri, a Roma - a margine dell'ultima seduta della Conferenza Stato-Regioni - all'uscita della Campania dal regime commissariale. Un semaforo verde che giunge a distanza di due settimane da quello che, sul piano tecnico, era già scattato il 13 novembre scorso da parte dei ministeri dell'Economia e della

Salute. Ora manca solo la ratifica finale della presidenza del Consiglio dei ministri attesa entro Natale. Il governatore della Campania Vincenzo De Luca è insomma pronto a svestire i panni di commissario e tornare a svolgere unicamente il ruolo di presidente della Regione con la necessità di indicare un assessore al ramo. Passaggio politico e tecnico, quest'ultimo, non scontato in quanto De Luca ha sempre detto di voler avocare a sé la delega alla Sanità. «Per noi è un obiettivo di immenso valore - ha detto De Luca - Abbiamo fatto un lavoro straordinario di risanamento finanziario e di avanzamento dei livelli essenziali di assistenza. La caratteristica fondamentale di questo lavoro è che abbiamo risanato i bilanci delle Asl senza tagliare ma anche accrescendo i livelli essenziali di assi-

stenza; un lavoro enorme che conferma che la Campania si propone come modello di un altro Sud fatto di concretezza rigore spartano trasparenza e capacità amministrativa». Il percorso triennale di consolidamento dei Livelli essenziali di assistenza, che solo dal 2018 hanno iniziato a camminare nel solco della sufficienza, è del resto solo all'inizio. L'intesa Stato-Regioni sul patto per la salute



sblocca anche le assunzioni di personale: possibili subito 2mila nuovi ingressi per medici e 5mila infermieri.

FUMATA BIANCA

La fumata bianca della Conferenza Stato-Regioni - impegnata con il ministro della Salute Roberto Speranza a sciogliere gli ultimi nodi del Patto della Salute - è stata anticipata ieri mattina da Donato Toma, presidente della Regione Molise, che ha presieduto la seduta fissata nel pomeriggio: «La situazione è abbastanza chiara, abbiamo discusso ma velocemente, le carte sono molto eloquenti». Le carte dicono che la Campania, per il sesto anno consecutivo, conferma il pareggio dei conti di Asl e ospedali (l'unica azienda in deficit è la Napoli 1 per circa 78 milioni di euro compensati da avanzi di amministrazione degli altri) e paga i fornitori entro un mese dalla emissione delle fatture facendo meglio delle più blasonate regioni del Nord. Anche sul fronte dei Lea (Livelli essenziali di assistenza) - dopo quasi un decennio (da quando è scattato il Piano di rientro), di profondo rosso, a partire dal 2018 la Campania è tornata sopra il livello della sufficienza (fissata a 160) passando dai 153 punti del 2017 ai 170 del 2018 con un trend attestato per il 2019 a quota 183. Ma se andiamo a vedere la media di voti assegnati, negli ultimi 8 anni e fino al 2017, come documenta

uno studio di Gimbe pubblicato ieri dal Sole 24 Ore, la Campania è confinata all'ultimo posto in Italia. È lo stesso Nino Cartabellotta, vertice di Gimbe, però ad ammettere: «Dal 2017 al 2018 la Campania (quando De Luca è diventato commissario, ndr) ha fatto un ottimo recupero. La nostra è una analisi pluriennale sulle regioni ordinate per adempimenti cumulativi nella media degli ultimi 8 anni. La Campania era ultima, ora è migliorata ed è andata sopra la sufficienza».

PIANO TRIENNALE

Va qui sottolineato che la Campania è fuori dal commissariamento ma resta in Piano di rientro per un triennio secondo il percorso di fuoriuscita tracciato a suo tempo della originaria norma che nel 2009 (la legge 191) regolamentava i Piani di rientro. La svolta si colloca intanto nello snodo di un acceso confronto in corso sul nuovo Patto per la Salute. Qui si ragiona sul riparto delle risorse della torta nazionale dei finanziamenti per la Sanità (116 miliardi) e sui commissariamenti prossimi venturi per inadempienza sui Lea. Una partita fondamentale che incrocia i nuovi parametri di valutazione della qualità delle cure che scatteranno il prossimo gennaio. Su entrambi i fronti il governatore della Campania è pronto a dare battaglia. Non si può parlare di

buon uso delle risorse e di sviluppo e riqualificazione delle reti dell'assistenza - è il ragionamento di De Luca - se non si viene prima a capo della madre di tutte le iniquità tra Nord e Sud. Nel 2017, la Campania ha fatto registrare una spesa pubblica pro-capite per la Salute di 1.723 euro per cittadino rispetto ad un valore medio nazionale di 1.866. La spesa pubblica in Campania è, quindi, la più bassa d'Italia a fronte di una popolazione che è terza dopo Lombardia e Lazio. La gestione ordinaria, che è ormai vicina, deve insomma fare i conti sul riequilibrio delle risorse. Il secondo nodo sono i nuovi Lea, nuove soglie e indicatori che scatteranno a gennaio 2020. E' il cosiddetto «nuovo sistema di garanzia» a cui la griglia Lea dovrebbe cedere il passo. «Se il nuovo strumento è stato sviluppato per meglio documentare gli adempimenti regionali - dice Cartabellotta - è però necessario utilizzarlo per rivedere i Piani di rientro e permettere al ministero di effettuare "interventi chirurgici" selettivi sia per struttura, sia per indicatore, evitando di paralizzare con lo strumento del commissariamento l'intera Regione». Da Palazzo Santa Lucia fanno sapere però «il nuovo sistema di garanzia è così complesso che abbiamo difficoltà a simulare sul 2017 e sul 2018 i risultati. In ogni caso saremmo sopra il livello minimo (il 60%) per due parametri su tre».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASSISTENZA
Ora manca
soltanto
l'ultimo
passaggio
in Consiglio
dei ministri
ma con l'ok
della
conferenza
Stato-Regioni
la Campania
è ormai
fuori
dalla gestione
commissaria-
le in sanità



Partono piano ospedaliero e assunzioni ma su 118 e posti letto eccellenza lontana

►Non immediati gli effetti sui cittadini: da migliorare le prestazioni specialistiche e l'assistenza di base ►Ancora elevato il numero di pazienti costretti a farsi curare in altre regioni con un aggravio dei costi

**LE MAGGIORI RISORSE
A DISPOSIZIONE
POTREBBERO
ESSERE UTILIZZATE
PER L'ACQUISTO
DI APPARECCHIATURE**

**DA INVESTIRE
1,1 MILIARDI
NEGLI OSPEDALI
DA RIVEDERE
LA PREVENZIONE
NEI DISTRETTI**

IL FOCUS

Ettore Mautone

La Campania conferma il risanamento economico e finanziario iniziato dal 2013 e ha accresciuto il punteggio Lea che misura la qualità dei servizi sanitari, portandolo sopra la sufficienza. Avviata la fase di uscita dal commissariamento cosa cambia per cittadini e pazienti? Nell'immediato poco: il recupero di efficienza è ancora basso e dunque non percepibile da parte degli utenti alle prese con le quotidiane difficoltà di trovare un letto libero in un pronto soccorso, con carenze strutturali e strumentali diffuse, croniche penurie di personale, tetti di spesa che pesano su malati cronici e anziani, l'accesso alle prestazioni in centri accreditati a singhiozzo. Senza contare una rete dell'emergenza in affanno, i circuiti per trauma e ictus da completare, l'assistenza nei distretti costantemente sotto i valori minimi soprattutto per le attività di prevenzione e screening.

PERCORSO IN SALITA

Con l'approvazione del Piano triennale 2019-2021 di sviluppo e riqualificazione del Servizio sanitario campano è stata semplicemente intrapresa la strada per il passaggio dalla gestione straordinaria (Commissariamento) a quella ordinaria. Per quanto riguarda le assunzioni un percorso è già stato avviato con lo sblocco del turnover e la revisione dei fabbisogni che porterà all'ingresso di nuove 8mila unità in tre anni a cui si potranno aggiungere almeno altre 200 dopo la firma del nuovo patto nazionale per la salute. La sanità campana comunque è come un malato rimasto in co-

ma per dieci anni ora tornato alla coscienza e che muove i primi passi di una lunga riabilitazione. L'ossigeno garantito dalla promozione della gestione De Luca da parte dei ministeri si traduce nell'immediato in 600 milioni di premialità finora trattenute a Roma che consentiranno però di allargare i cordoni della borsa per investimenti. Sul piano tecnico la Campania non sarà più sulla graticola (anche politica) del governo centrale e non dovrà più sottoporre tutti gli atti, le delibere e i decreti assunti, al vaglio dei ministeri che si limiteranno e periodicamente valutazioni. La maggiore flessibilità nella spesa consentirà di approfondire il nodo dei fabbisogni di personale, di tecnologie e dei tetti di spesa. Qui un investimento di risorse per garantire il funzionamento dei centri diagnostici di prossimità e accreditati per tutto l'anno, anziché a singhiozzo, è molto sentito.

EDILIZIA

Intanto nel piatto ci sono anche 1,1 miliardi di euro di fondi per l'edilizia sbloccati per ristrutturare la rete ospedaliera pubblica. Cantieri da aprire, riqualificazioni ed edificazioni di nuovi ospedali dovranno accompagnare l'attuazione del Piano ospedaliero senza perdere d'occhio l'ammmodernamento dei distretti e dei servizi del territorio. «Proprio a fine ottobre è stato approvato un ambizioso programma di riordino - dice Pina Tommasielli che cura nella struttura commissariale questa materia - e ieri siglato l'accordo per una nuova funzione degli studi dei medici di famiglia da tenere aperti a turno anche al pomeriggio in associazione con altri camici bianchi e per ogni quartiere con dotazioni tecnologiche,

contando su infermiere e assistente di studio». In cantiere un più attuale ricorso alle guardie mediche e un'assistenza domiciliare potenziata, distretti imperniati su servizi evoluti (psichiatria, disabilità, anziani) garantendo prestazioni di I livello già intraviste in alcune realtà (come il triage infermieristico per posizionare cateteri, medicare ferite, aiutare disabili, le visite specialistiche e la odontoiatria sociale a Scampia, gli screening e le visite con nuovi topografi ogni senza impegnativa in 9 distretti a Napoli e le ristrutturazioni a Piazza Nazionale a Fuorigrotta e al Vomero e ora anche all'Annunziata. L'obiettivo è intercettare l'utenza che oggi si riversa impropriamente in ospedale.

ORDINE

Per fare questo è necessario mettere ordine e razionalizzare. Il nodo principale da sciogliere sono gli investimenti, il potenziamento della rete del 118, le dimissioni protette dall'ospedale, la continuità delle cure per cronici anziani o affetti da tumori, estendere le reti di cura e dei percorsi diagnostici e terapeutici nell'ambito della rete oncologica. Tessere oggi per gran parte ancora disordinatamente sparse sul tavolo. Centrale in questa partita, il reclutamento del personale: mancano ancora all'appello migliaia tra medici,



infermieri, ausiliari e tecnici da immettere in ruolo e necessari a garantire standard e routine assistenziali ai livelli di sicurezza. Non sarà facile e non sarà breve il percorso per recuperare due generazioni di medici e ricostituire unità operative oggi divaricate tra giovani vincitori di concorso (anche meno giovani) e la vecchia guardia alle soglie della pensione o in procinto di cogliere al volo le opportunità di quota 100. Resta ancora alto il numero dei viaggi della speranza fuori regione.

LE OPPOSIZIONI

Intanto le opposizioni attaccano a testa bassa: Stefano Caldoro, leader di Forza Italia, commenta: «La Campania esce dal commissariamento della sanità? Questa è una buona notizia ma con due anni di ritardo. Purtroppo per i cittadini la Campania è ultima in Italia in assistenza. Al netto dei miracoli del personale sanitario». Valeria Ciarambino (M5s) ritiene che De Luca «abbia saputo approfittare di una norma lacunosa per definire i criteri dei Lea come uno studente che prende 10 in Educazione fisica e 2 in Italiano e consegue la media del 6». L'ex assessore della giunta Caldoro Severino Nappi insiste invece sul dato certificato da Gimbe fino al 2017 che confina la Campania in fondo alla classifica delle regioni e considera la promozione di De Luca un mero dato burocratico ovvero «un regalo prelettorale fatto dal governo delle poltrone», ancorché ratificato anche dalle Regioni. Enzo Rivellini infine, Capogruppo di Alleanza Nazionale in Consiglio regionale, propone per la Sanità il reddito di salute ai meno abbienti (un voucher annuo di mille euro da spendere in prestazioni in centri accreditati).

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La qualità dell'assistenza

Livelli di assistenza (Lea)

Con la vecchia griglia la Campania è dal 2018 sopra la sufficienza (fissata a quota 160) con 170 punti, che salgono a 183 nel 2019

Con la nuova griglia in vigore da gennaio la Campania sarebbe adempiente, in base a simulazioni, per due parametri su tre

La Campania in 8 anni, fino al 2017, era ultima tra le Regioni quanto a media dei Livelli essenziali di assistenza



Fondo sanitario nazionale

La Campania, terza regione d'Italia per popolazione (dopo Lombardia e Lazio) nel 2017 è risultata ultima per quota procapite assegnata per le cure sanitarie: 1.723 euro per cittadino rispetto ad un valore medio nazionale di 1.866



Le tre regioni italiane (Campania, Sicilia e Calabria) che hanno la più bassa quota procapite di spesa pubblica per la Salute sono quelle dove la mortalità per tutte le cause (casi standardizzata) è più alta e la aspettativa di vita alla nascita la più bassa

Migrazione sanitaria

La Campania è la Regione che esporta più pazienti in altre regioni alla ricerca di cure con una **spesa annua di circa 300 milioni di euro** equivalente al finanziamento di un ospedale di mille posti letto (come il Cardarelli)



centimetri

Medici, duemila verso l'assunzione

► Accordo tra Stato e Regioni sul Patto per la Salute: triplicati i fondi per l'immissione di nuovo personale

► Riformato il meccanismo del commissariamento: potrà scattare solo in casi estremi di inadempienza

**ORA BISOGNA CHIUDERE
L'ACCORDO DEFINITIVO
ENTRO L'ANNO
PER GARANTIRE
L'AUMENTO DI 2 MILIARDI
DEGLI STANZIAMENTI**

L'INTESA

ROMA In arrivo nuova linfa al personale in sanità. Nell'ultima versione del Patto per la Salute, è previsto un aumento del triplo degli investimenti per fra fronte alle emergenze di organico. Alla 36esima bozza, quello che viene considerato uno dei nodi più complessi, è stato sciolto e ora si intravede la possibilità di chiudere l'anno con l'approvazione dell'atto. La misura consente un aumento del tetto di spesa per il personale dal 5% al 10% con la possibilità di arrivare fino al 15%. «Le Regioni potrebbero potenzialmente assumere 2mila medici dirigenti in più, andando in buona parte a compensare la carenza da noi stimata di 8 mila dirigenti», afferma Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anao Assomed, il principale sindacato dei medici ospedalieri, nell'ipotesi di un incremento del 10% della spesa per l'organico e nel caso in cui le assunzioni dovessero riguardare solo dirigenti, la categoria più «esosa». «Sono ipotesi di scuola: basti pensare che di infermieri ne mancano all'appello 36 mila, ognuno dei quali percepisce circa 36 mila euro lordi l'anno. Traslando la simulazione su questa categoria, potenzialmente le Regioni potrebbero assumere oltre 5.500 infermieri», aggiunge. Dall'incontro di ieri tra il ministero della salute, quello dell'Economia e le Regioni sono emerse altre importanti novità. Come ad esempio la «quasi scomparsa» del commissariamento in caso di mancato raggiungimento dei Livelli essenziali di assistenza, sostituito da un

affiancamento da parte del governo. Qualora una Regione non riesca a raggiungere la sufficienza per 2 indicatori sui 3 previsti, il Comitato Lea chiederà alla Regione di intervenire con un Piano che se non verrà presentato farà scattare una diffida da parte del ministero della Salute. Se le Regioni non saranno in grado di provvedere il Ministero predisporrà direttamente un Piano. In ogni caso il commissariamento sarà attivato solo in extrema ratio. È stato poi previsto il rialzo del 2% del tetto di spesa per gli acquisti di prestazioni dal privato accreditato.

IL NUOVO TESTO

«La prossima settimana il nuovo testo andrà in Commissione Salute e Conferenza Stato Regioni. Al lavoro per rafforzare il Servizio Sanitario Nazionale», commenta su Twitter il ministro della Salute, Roberto Speranza. Soddisfatto anche il viceministro dell'Economia Misiani. «Per la carenza dei medici ci siamo raccomandati di fare presto con i protocolli che dovranno essere preparati dal Miur per poter assumere anche gli specializzandi e adottare quelle misure di urgenza di cui si parla da tempo», riferisce il coordinatore degli assessori alla Sanità nella Conferenza delle Regioni, Luigi Icardi, ricordando le misure proposte spontaneamente in questi mesi dopo la grave mancanza di medici in alcuni servizi come il pronto soccorso di molte parti del Paese. Per la prossima settimana Icardi ha annunciato la convocazione di una Commissione Salute straordinaria. L'obiettivo è quello di limare le ultime parti e arrivare all'approvazione entro il 31 dicembre in ottemperanza della norma della Finanziaria dello scorso anno che prevedeva l'aumento di 2 miliardi del Fondo Sanitario Nazionale a condizione di approvare il Patto della Salute proprio entro l'anno.

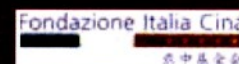
Valentina Arcovio

© RIPRODUZIONE RISERVATA





CHINA AWARDS



Nms, la ricerca oncologica passa dal sostegno della Cina e dalla Borsa

di Silvia Rocco

Lingresso di investimenti cinesi nel nostro Paese è stato spesso salutato da frequenti ondate di preoccupazione. Eppure non sono pochi i casi in cui le acquisizioni di realtà italiane da parte di società cinesi hanno dato vita a interessanti casi di scuola, che andrebbero invece studiati con attenzione. Uno dei quali è proprio quello del Gruppo Nms di Nerviano (poco più di 20 km da Milano), acquisito al 90% nel marzo 2018 dai cinesi di Hefei Sari V-Capital Management, mentre il 10% è rimasto alla Fondazione Regionale per la Ricerca Biomedica - Ente della Regione Lombardia. È così che nel Gruppo Nms (oltre 400 dipendenti, oggi la più grande realtà italiana impegnata in innovazione, ricerca e sviluppo in oncologia) si è cominciato a parlare inglese con accento mandarino.

«Il processo di ricerca di un partner voluto da Fondazione ha cominciato da subito a non parlare italiano», racconta il presidente di Nms, Andrea Agazzi, perché sin dal principio nessun grande gruppo italiano si è fatto avanti per manifestare il proprio interesse a una realtà che tutto il mondo riconosceva come scientificamente eccellente. Nessuno tra i nostri operatori sembrava avere la volontà o la capacità di affrontare un settore con alti rendimenti, ma che comporta grandi rischi e richiede grandi capitali. Sono state invece numerose le attenzioni e le analisi da parte di players internazionali sia occidentali sia orientali, a segno del fatto che oggi l'oncologia è davvero un settore globalizzato».

Da quello che sembrava un momento di impasse è nato l'incontro tra due culture diverse e complesse, come sono quelle italiana e cinese. «Da questa operazione sono nate opportunità interessanti per entrambi», conferma Agazzi. «Per noi, azienda italiana, quella di entrare nel mercato cinese dalla porta principale, avendo così maggiori possibilità di attrarre ricercatori, partnership importanti e di lavorare su nuovi farmaci da commercializzare in Cina. Per i nostri

azionisti cinesi, allo stesso tempo, l'opportunità di affacciarsi in Occidente, azione che è diventata sempre più difficile negli ultimi anni, a seguito delle restrizioni fissate da Pechino e anche della guerra dei dazi. Tanto più in un settore importante, come quello della ricerca farmaceutica». E oltre che per l'azienda, sono arrivati nuovi stimoli anche per i dipendenti. «La convivenza è la parte più bella ma anche più difficile del lavoro», spiega il presidente di Nms, «da un lato ci sono sempre spunti nuovi e interessanti, dall'altro si deve riuscire a collaborare avendo modi di lavorare e relazionarsi molto diversi l'uno dall'altro». La nuova proprietà ha confermato la linea aziendale e introdotto una linea manageriale cinese in alcuni settori, come quelli dell'oncologia e della sperimentazione clinica, dove era necessario creare valore velocemente. Per il resto (dal presidente al direttore finanziario, dalla ricerca preclinica alla linea produttiva) alla scrivania sono rimasti tutti italiani. Che sono diventati oggi più veloci e flessibili. «Questo è un periodo d'oro per la ricerca farmacologica italiana, produciamo risorse eccezionali eppure i grandi player parlano tutte altre lingue». Ed è per questo che bisogna far tesoro di quanto il momento contingente mette a disposizione e farlo fruttare. «Oggi siamo più grandi di quello che eravamo prima, con una capacità di sviluppo dei farmaci che ci mette allo stesso livello di altri grandi competitor», sottolinea Agazzi, «manteniamo la qualità italiana ma con un'accelerazione e una potenza di fuoco come solo i cinesi possono averla».

Una grande occasione per portare più Italia in Cina, non solo a livello di mercato ma anche, ad esempio, di ricerca grazie al MoU firmato con la facoltà di Farmacia di Nanchino per lo scambio di ricercatori tra i nostri due Paesi. E nel futuro di Nms c'è anche la quotazione in una Borsa importante, come New York o Hong Kong. Perché il mercato non vive solo di numeri, commenta Agazzi, «ma anche di storie di successo». (riproduzione riservata)



Andrea Agazzi



MF FOCUS

Healthcare & Wellness

MOTORE SANITÀ Malattie croniche, esperti riuniti per discutere i costi

Parte il 'Roadshow cronicità'

di **Marco Biondi**

Costano 700 miliardi di euro l'anno in Europa e solo in Italia affliggono 24 milioni di persone, si tratta di fibrillazione atriale, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) e diabete, triade che fa parte delle patologie croniche a maggior diffusione. Per rendere omogeneo l'accesso alle cure da parte dei cittadini, garantendo gli stessi livelli essenziali di assistenza, armonizzando a livello nazionale tutte le attività, compatibilmente con la disponibilità delle risorse economiche, umane e strutturali, prende il via il 'Roadshow cronicità', una serie di incontri regionali, realizzati da Motore sanità, con il contributo incondizionato di Boehringer Ingelheim, che vedono il coinvolgimento dei massimi esperti del modo sanitario regionale, insieme ad istituzioni e associazioni di pazienti. Parallelamente al verificare lo stato di attuazione del Piano nazionale cronicità da parte del ministero della Salute - che ha di recente attivato un monitoraggio per mappare il livello di stratificazione della popolazione, di integrazione tra assistenza ospedaliera e territoriale, di adozione e attuazione dei percorsi diagnostico terapeutici - l'innovazione organizzativa dovrebbe essere responsabilità di ogni regione e dovrebbe essere realizzata attraverso condivisi e monitorati Pdta.



MF FOCUS

Healthcare & Wellness

TERAPIE Tumore del polmone: l'innovazione porta sostenibilità

Sollievo per i pazienti e il Ssn

di **Eugenia Sermonti**

Focus sul tumore del polmone durante il convegno 'Innovazione e sostenibilità nel carcinoma polmonare confronto tra esperti' organizzato da Motore sanità, grazie al contributo incondizionato di Msd. Tra i temi affrontati terapie innovative in prima linea e tempi rapidi di approvazione dei nuovi farmaci. L'utilizzo di farmaci innovativi già dalla prima linea di trattamento, porta un beneficio non soltanto in termini clinici ma anche economici: migliorando significativamente la sopravvivenza dei pazienti, si ha la possibilità di incidere positivamente sui costi diretti/indiretti. Oltre ai fondi attualmente stanziati per i farmaci innovativi - 500 milioni di euro annui - emerge la necessità di identificare nuove modalità di governance in grado di rispondere ai bisogni regionali in un'ottica di razionalizzazione delle risorse. «Il costo del tumore al polmone in Italia è stimato essere pari a circa 2,4 milioni di euro tra costi diretti sanitari e costi indiretti e sociali - ha raccontato Francesco Saverio Menini, professore di Economia Sanitaria, Università di Roma Tor Vergata, Kingston university London UK - Le nuove terapie farmacologiche stanno migliorando la qualità di vita dei pazienti. Tutto questo si traduce in un valore aggiunto economico e sociale importante».



RAPPORTO SALUTE

A cura di Gian Marco Giura. Con la collaborazione di Emanuele Elli

The Lancet: l'Italia prima in Europa per patologie derivanti dall'inquinamento da polveri sottili

FOSSILIZZARSI FA MALE

Perché elettrico e digitale ci salveranno la vita

DI CARLO BUONAMICO

Inquinamento, cambiamenti climatici e salute. Tasselli di un puzzle dal colore grigio fumo come quello che genericamente chiamiamo smog e che respiriamo quotidianamente in molte città italiane. Secondo il report annuale «*Countdown on health and climate change*» pubblicato dalla rivista scientifica *The Lancet*, gli esseri umani stanno quanto mai mettendo a repentaglio la propria salute a causa delle attività antropiche ancora troppo legate all'utilizzo di combustibili fossili. A farne le spese, sostengono i dati raccolti da 120 ricercatori di 35 istituzioni internazionali, sono soprattutto i soggetti più fragili, bambini e anziani, che devono fare i conti con un ambiente di vita altamente sfavorevole. Dall'aria ricca di polveri sottili a picchi di temperatura rispetto ai quali l'organismo umano non è progettato per resistere. Negli ultimi 10 anni si sono registrate 8 delle 10 annate più calde di sempre. La causa? Tutta da ascrivere al ritmo con cui si utilizzano i combustibili fossili: 171 tonnellate di carbone, 116 mila tonnellate di gas e 186 mila litri di petrolio al secondo. Dati che si traducono in emissioni nell'atmosfera di gas serra, in primis l'anidride carbonica, co-

responsabile insieme a metano e altri gas dell'aumento della temperatura terrestre e delle conseguenze che sempre più spesso assurgono agli onori della cronaca, anche in Italia. Dal ghiacciaio Plampincieux in Val d'Aosta che rischia di scivolare a valle, all'acqua alta record che ha interessato Venezia nelle scorse settimane.

Il quadro si completa con le polveri sottili, tra le quali sono particolarmente dannose quelle di diametro più piccolo, il cosiddetto Pm 2,5, emesse da mezzi di trasporto, caldaie per il riscaldamento e aziende. «Le patologie più frequenti legate all'esposizione al Pm 2,5 sono quelle ostruttive dell'apparato respiratorio, quali asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (Bpco) ed enfisema polmonare. Oltre al fatto che queste ultime acquiscono la sensibilità ai pollini», spiega **Gennaro D'Amato**, presidente commissione Ambiente e Allergia della World Allergy Organization, evidenziando come gli inquinanti atmosferici agiscono stimolando l'iperattività bronchiale e inducendo tosse e affanno.

Come ha riportato l'Ansa dando voce a uno degli autori dello studio di *Lancet*, Marina Romanelli, in Italia la situazione è particolarmente grave rispetto all'effetto delle polveri sottili

sui nascituri. Il nostro Paese, infatti, è primo in Europa per numero di morti premature, circa 45.600, dovute al Pm 2,5. «Queste micropolveri, così come il fumo di sigaretta, riescono ad arrivare al feto e a favorire l'insorgenza di asma nei neonati», illustra D'Amato.

Non tutto, però, è perduto. «A livello preventivo, per quanto riguarda l'inquinamento atmosferico da polveri sottili, la cosa migliore è stare lontani dai grandi centri urbani. Se ciò non è possibile, evitare il fumo e lo sport nelle aree più trafficate della città», avverte lo pneumologo.

Per quanto riguarda la lotta all'aumento della temperatura, invece, esiste un'unica via d'uscita, già prospettata da anni dagli scienziati: abbandonare il fossile e potenziare al massimo l'uso di energie rinnovabili, dal solare all'elettrico. Per raggiungere, almeno, l'obiettivo fissato dall'accordo di Parigi in tema di ambiente: limitare l'aumento della temperatura terrestre al di sotto di due gradi centigradi entro la fine del secolo.

In questo senso, i dati registrati dai ricercatori confortano un po' e fanno vedere il bicchiere mezzo pieno. L'uso di veicoli elettrici globale è arrivato al 20,6% pro capite tra il 2015 e il 2016 e il miglioramento dell'inquinamento atmosferico registrato in Europa nello stesso periodo potrebbe riflettersi in una riduzione di anni di vita persi, che vale 5,2 miliardi di euro a biennio. A patto che il trend di ecosostenibilità delle attività antropiche sia costante e duri quanto la vita media dell'uomo. (riproduzione riservata)





RAPPORTO SALUTE

A cura di Gian Marco Giura. Con la collaborazione di Emanuele Elli

Onde su onde, nasce il decalogo per difendersi dai campi elettromagnetici

Elettrosmog o inquinamento elettromagnetico sono sinonimi di un fenomeno, generato dall'uomo, che riguarda sempre più il nostro quotidiano, fatto di Tv, radio, elettrodomestici, smartphone, auto e device tutti iperconnessi. Tutti questi oggetti funzionano grazie all'elettricità e producono un campo elettromagnetico, cioè delle onde che attraversano lo spazio, gli oggetti e gli esseri viventi. Nocive per la salute? Ancora non è noto. O, meglio, «non ci sono attualmente prove scientifiche sufficienti a sostenere un rapporto diretto di causa ed effetto tra l'esposizione a campi elettromagnetici e il cancro», dice l'associazione per la ricerca sul Cancro (Airc) dalle pagine del suo sito web.

Nondimeno l'organizzazione mondiale della Sanità (Oms) ha incluso l'elettrosmog tra le quattro principali emergenze del pianeta, soprattutto per l'uso sempre più diffuso delle tecnologie da parte di bambini e adolescenti. E così, seguendo il principio di precauzione, sono nate molte iniziative volte a prevenire i possibili danni alla salute. La società italiana di Medicina Ambientale (Sima) ha persino stabilito un decalogo, citato e ripreso da diverse iniziative private, come la campagna di sensibilizzazione «Elettrosmog. Pensaci consapevolmente» di Named, società di medicina naturale. Tra le accortezze principali da tenere a mente: mantenere la massima distanza possibile tra l'utente e la fonte di onde elettromagnetiche. Che significa, per esempio, guardare la Tv a 2 metri di distanza e tenere possibilmente radiosveglie, tablet e cellulari lontani dal letto, specialmente dei bambini. (riproduzione riservata)



RAPPORTO SALUTE

Capital racconta i protagonisti della sanità digitale

Ventimila operazioni all'anno in Italia sono compiute con sistemi digitalizzati, robot chirurgici come il da Vinci X già in uso in centinaia di ospedali e vertice della svolta tech che sta interessando tutta la sanità, dalla diagnostica alla farmaceutica, dalla riabilitazione ai dispositivi medici. All'e-health è dedicata la storia di copertina del numero di *Capital* in edicola tra pochi giorni, un viaggio lungo oltre 40 pagine tra intelligenza artificiale, big data per sfruttare al meglio genetica e biotech,

sensori per monitorare i neonati oppure il diabete, stampa 3D per l'ortopedia, software per la gestione dei farmaci negli ospedali, fino ad app e wearable device per connettere costantemente medici e pazienti. La ricerca si estende naturalmente ai leader della sanità digitale e ai protagonisti del business crescente che anima il settore: oltre 200 quelli individuati dal mensile di Class Editori, dai medici ai vertici dei reparti più avanzati alle big five dell'hi-tech, alle software house e start-up di ultima generazione. Dall'inchiesta di *Capital* l'Italia emerge come paese avanzato nell'e-health, come spesso nella ricerca e nella pratica clinica, e una riprova è lo stato di salute della popolazione, al top nella Ue, e l'efficienza e appropriatezza dell'offerta sanitaria, ovvero la capacità di organizzare bene le risorse a disposizione, che sono invece sotto la media Ue. (riproduzione riservata)



RAPPORTO SALUTE

All'estero si adottano i Mes, canoni di noleggio comprensivi di apparecchi, assistenza e ricambi

AGGIORNAMENTO IN REPARTO

Troppi i macchinari obsoleti e per sostituirli serve 1 miliardo

DI MADDALENA GUIOTTO

Negli ospedali italiani dovrebbero essere sostituiti, per raggiunti limiti d'età, il 100% delle risonanze magnetiche chiuse da un Tesla e oltre il 90% dei mammografi di tipo convenzionale. Sono alcuni degli ultimi dati, relativi al 2017, emersi dall'Osservatorio parco installato di Confindustria Dispositivi medici. Aggiornare le apparecchiature elettromedicali che afferiscono alle aree della diagnostica per immagini, del laboratorio analisi e dell'elettromedicina, «richiederebbe un investimento di un miliardo di euro l'anno, se consideriamo un dato medio di necessità di rinnovo dopo 8-10 anni di vita», osserva **Stefano Bergamasco**, vicepresidente dell'Associazione italiana di ingegneria clinica (Aiic). Bisogna però considerare che i mammografi assolutamente obsoleti, sono gli analogici, cioè quelli con tecnologia precedente, meno dotati, rispetto ai più recenti digitali. Proprio «la tecnologia ormai superata», osserva Bergamasco, «è il motivo dell'età elevata di queste apparecchiature che, a volte, pur essendo presenti negli inventari delle strutture sanitarie, di fatto non vengono effettivamente utilizzati nella routine clinica, a vantaggio di apparecchiature più recenti». L'obsolescenza tecnologica ha tuttavia delle ricadute cliniche da non sottovalutare. I mammografi analogici, «potrebbero non consentire, per esempio, diagnosi precoci di tumori che, le più recenti tecnologie riescono invece a diagnosticare», osserva l'ingegnere. Nel caso delle apparecchiature a raggi X, quelle di ultima generazione hanno ridotto notevolmente la dose di radiazioni, al contrario l'impiego dei modelli più vecchi può esporre i pazienti a radiazioni più elevate. Sulla questione, anche la Corte dei Conti, nel suo Rapporto di coordinamento della Finanza pubblica del 2018, ha evidenziando la presenza di troppe apparecchiature supe-

rate. Piuttosto che continuare a comprare «in modo indiscriminato nuova tecnologia (a volte estremamente costosa e con un bilancio costi/benefici non sempre giustificato)», spiega Bergamasco, «occorrerebbe valutare con attenzione il parco tecnologico installato esistente, gestire bene quello che è ancora utilizzabile in sicurezza, e dismettere progressivamente il resto. Il tutto con vantaggi sui costi di gestione (manutenzione, ricambi...) sulla sicurezza dei pazienti e qualità delle prestazioni». Del resto è difficile che si trovi un miliardo l'anno per aggiornare le apparecchiature ospedaliere. «Alcuni paesi europei», racconta l'ingegnere, «hanno adottato soluzioni finanziarie come i Mes (Managed equipment services) in cui il fornitore di tecnologia mette le apparecchiature a disposizione della struttura sanitaria, inclusi manutenzione, consumabili ecc., a fronte di canoni periodici fissi. In Gran Bretagna chi aderisce alla formula del Mes ha il beneficio del recupero dell'Iva. In Francia, il rimborso delle prestazioni sanitarie (secondo il modello dei Drg) viene fortemente attenuato in presenza di tecnologie di diagnostica per immagini che abbiano superato i cinque anni di vita». Il tema dei Drg, e quindi dei meccanismi di rimborso delle prestazioni sanitarie, apre a possibili meccanismi di incentivazione dell'innovazione tecnologica o, almeno, di una non penalizzazione. In ogni caso, la gestione oculata dell'esistente è sicuramente il primo passo da fare e le competenze degli ingegneri clinici sono fondamentali, soprattutto per indirizzare le risorse verso l'introduzione di nuove tecnologie che non rispondano alle esigenze di marketing sanitario quanto all'effettivo miglioramento delle prestazioni. (riproduzione riservata)



RAPPORTO SALUTE

Autoprescrizione e uso veterinario tra le maggiori cause della resistenza dei batteri ai principi attivi

UN ARSENALE DA RINNOVARE

Antibiotici sempre meno efficaci, ecco come correre ai ripari

DI CARLO BUONAMICO

Per comprendere l'importanza del fenomeno, non bastava una giornata internazionale. Così, alla giornata europea dell'antibiotico-resistenza, che si è celebrata il 18 novembre, è seguita una settimana mondiale di sensibilizzazione sull'argomento. Il problema infatti è serio perché stanno diminuendo sempre più le armi farmacologiche, gli antibiotici appunto, efficaci contro i batteri patogeni causa di infezioni nei luoghi pubblici e soprattutto all'interno degli ospedali.

Tanto è semplice la spiegazione di questo fenomeno, quanto è difficile trovarvi un rimedio. I batteri sono diventati insensibili, resistenti, agli antibiotici a causa del loro uso inappropriato. Autoprescrizione senza indicazione del medico, assunzione per periodi più brevi rispetto a quanto prescritto dallo specialista e presenza ambientale di antibiotici usati in ambito veterinario per prevenire le infezioni negli allevamenti sono tra le cause principali.

A fronte dell'uso massivo di queste sostanze alcuni batteri sono riusciti a mutare fino a non essere più attaccabili dal farmaco che era stato disegnato appositamente per debellarli. Sorvegliati speciali sono in

particolare otto tipi di batteri: *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterococcus faecium*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa* e *Acinetobacter species*, che risultano più resistenti di altri ai principali antibiotici, in Italia ancor più che nel resto d'Europa.

Basterebbe usare un altro antibiotico, pensano in molti. Non è proprio così. Infatti, per natura, non tutti gli antibiotici sono attivi contro tutti i batteri; esiste una specificità d'azione. Una volta che le molecole efficaci contro un batterio non lo sono più, quel microorganismo è libero di diffondersi in modo indisturbato causando potenzialmente vere e proprie epidemie. Anche nel nostro Paese, primo in Europa in termini di mortalità dovuta all'antibiotico-resistenza, precisa il portale dell'Istituto superiore di sanità per voce del responsabile della Sorveglianza dell'antibiotico-resistenza, **Annalisa Pantosti**. «Dei 33 mila decessi che avvengono in Europa ogni anno per infezioni causate da batteri resistenti agli antibiotici, oltre 10 mila succedono in Italia», precisa la dirigente.

Per contrastare questo fenomeno, da un lato, è fondamentale potenziare la ricerca per iden-

tificare nuove molecole efficaci. Non solo attraverso la chimica, ma anche grazie alla «biologia molecolare, che non segue la strada della farmaceutica classica e batte nuove vie: per esempio puntando a disinnescare il batterio con "proiettili" speciali chiamati anticorpi monoclonali», sostiene **Gianni Sava**, farmacologo dell'Università di Trieste e consigliere della società italiana di Farmacologia. Dall'altro il vero protagonista della lotta all'antibiotico-resistenza è il cittadino, che può fare molto nella sua quotidianità evitando il fai-da-te quando si tratta di antibiotici, specialmente in questa stagione nella quale l'influenza e i raffreddori sono all'ordine del giorno.

Queste due alterazioni dello stato di salute «sono causate dai virus e gli antibiotici non servono quindi a nulla», sottolinea nuovamente il farmacologo. Salvo indicazioni del medico per trattare infezioni batteriche concomitanti. Anche in questi casi però «attenzione a saltare il giorno e le dosi di trattamento, perché queste interruzioni spontanee o l'assunzione di quantità farmacologiche inadeguate, oltre a compromettere l'efficacia della cura, facilitano lo sviluppo di batteri duri a morire», chiosa Sava. (riproduzione riservata)



Medicina proattiva e medicina personalizzata

Programmi innovativi per la salute ed il benessere: la scelta di imprenditori e manager anche in ottica di welfare aziendale

VERSO UNA NUOVA MEDICINA

Nel giro di un decennio sarà la norma, e, auspicabilmente, sarà per tutti; è già disponibile oggi, tuttavia, e può regalarci più salute e più benessere, scegliendo i giusti piani e programmi salute.

È la medicina proattiva, o d'iniziativa, diversa dalla medicina che conosciamo ora, di attesa o reattiva. Mentre quest'ultima si fa carico di diagnosticare e curare disturbi e malattie dopo l'insorgenza, la "nuova" medicina, proattiva, ambisce a mantenerci sani attivandosi prima che la malattia insorga e non limitandosi a reagire alla malattia. Come? Individuando e caratterizzando rischi ed esigenze individuali ed intervenendo in modo personalizzato prima dello sviluppo di patologie o che si riduca il nostro stato di pieno benessere; perché secondo l'OMS la salute è "uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità", ed è questo il vero obiettivo della medicina proattiva.

Per essere proattiva, la medicina deve essere personalizzata, o di precisione, basata sul concetto, ormai ampiamente acquisito, che siamo tutti diversi, biologicamente e geneticamente, e che pertanto un approccio standardizzato alla diagnostica ed al trattamento è obsoleto e largamente inefficace. La medicina personalizzata è basata sulla personalizzazione di decisioni, pratiche e trattamenti medici prendendo in considerazione informazioni genetiche, cliniche, ambientali e di stile di vita relative ad ognuno di noi, e selezionando così i migliori interventi. E potendo agire prima, la medicina personalizzata è per sua stessa natura proattiva.

CONOSCI IL TUO GENOMA, CONOSCI TE STESSO

Una delle più recenti possibilità offerte dalla moderna medicina è il sequenziamento dell'intero genoma, ossia di tutto il nostro DNA. Analizzandolo, con un semplice campione di saliva, è possibile scoprire se esistono condizioni che necessitano di essere valutate dal medico, ottenere informazioni in

merito a benessere, longevità, metabolismo, salute cardiovascolare, controllo del peso, dieta, attività fisica, invecchiamento, anti aging, cosmetica personalizzata, farmacogenomica e tanto altro. E' possibile identificare, anche, l'eventuale stato di portatore sano per numerose patologie genetiche ereditarie, con beneficio per l'intera famiglia e per la salute riproduttiva, e trasformare l'intera sequenza del proprio DNA in un file digitale, sempre disponibile per essere rianalizzato periodicamente, grazie ai continui progressi della genomica, o in caso di necessità, senza ulteriori indagini di laboratorio.

ANTICIPARE LA COMPARSA DEI TUMORI

Una diversa applicazione della moderna genomica, la cui utilità è stata dimostrata anche dai risultati di uno studio recentemente pubblicato su Cell Death & Disease, è la possibilità di analizzare, con un prelievo di sangue, il DNA libero circolante per individuare alterazioni genetiche acquisite che precedono lo sviluppo del cancro (prodromiche) in individui sani e asintomatici che, in base al livello rischio individuale rilevato, possono cominciare a contrastare i tumori ancora prima che questi compaiano, ossia ancor prima di una diagnosi precoce (prima, cioè, della diagnosi di un "piccolo" tumore). Ciò è possibile studiando la cosiddetta fase prodromica del tumore, ossia la fase totalmente asintomatica in cui il tumore non è ancora presente ma iniziano ad accumularsi alterazioni genomiche (instabilità genomica). Il programma è particolarmente utile in alcune categorie di persone, ad esempio i fumatori.

PROGRAMMI DI MEDICINA PROATTIVA E WELFARE AZIENDALE

Sono sempre di più gli imprenditori ed i manager che oggi scelgono piani di medicina proattiva, basati sull'analisi del genoma e/o sul monitoraggio dell'instabilità genomica, non solo per la propria salute e per quella della propria famiglia, ma anche, grazie ad innovativi programmi di welfare aziendale, a vantaggio del benessere dei lavoratori.



Innovazione ed eccellenza in medicina

Nila Medica S.r.l. è un'azienda italiana con sede a Brescia che elabora e propone piani di medicina proattiva grazie alla collaborazione con diverse realtà. Tra queste, **nico innovagroup S.r.l.**, start up innovativa, parte dello stesso gruppo aziendale fondato e diretto da Nicola Commisso, CEO, che sviluppa soluzioni di bioinformatica, elaborazione ed interpretazione dei dati applicate all'analisi dell'intero genoma, **Bioscience Genomics S.r.l.**, uno spin-off partecipato dall'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" e da **Bioscience Institute S.p.A.**, dirette dal CEO Giuseppe Mucci, che ha sviluppato il programma di prevenzione precoce dei tumori e caratterizzazione dell'instabilità genomica e ne ha brevettato il relativo algoritmo, e **Bifin S.r.l.**, dell'imprenditore e manager Sergio Bianchini, che sviluppa ed offre soluzioni di welfare aziendale anche tramite il network **Salute Semplice**.

Il sequenziamento e l'analisi dell'intero genoma ed i programmi di monitoraggio dell'instabilità genomica e di diagnosi precoce dei tumori sono resi disponibili da Nila Medica S.r.l., direttamente o tramite partners, mediante piani personalizzati, strutturati in modo da adattarsi in modo flessibile alle esigenze aziendali ed incontrando il favore di lavoratori, manager ed imprenditori.



Nila Medica S.r.l.
Via Corfù 54, 25124 Brescia
Tel. 030 2423952
www.nilamedica.com - info@nilamedica.com



RAPPORTO SALUTE

Più farmaci e controlli possono incidere anche sul costo sociale della malattia legato ai tanti ricoveri

DIABETE, LA PREVENZIONE È CURA

Correggere lo stile di vita per frenare il dilagare della patologia

DI MADDALENA GUIOTTO

Sempre più diffuso e in rapida espansione, il diabete in Italia interessa una persona ogni undici, con un'incidenza che è il triplo di quella registrata negli anni Ottanta. Secondo le ultime stime, nel 2017 gli italiani con diabete erano circa 3,4 milioni (5,7% della popolazione), un milione in più rispetto al 2001, ma poco meno della metà dei 6 milioni stimati per il 2030. Il dato più preoccupante è che un italiano su tre non sa di avere la malattia e lo scopre quando emergono problemi più gravi, spesso di natura cardiovascolare. «La patologia cresce esponenzialmente perché nel 90% dei casi interessa adulti e anziani che hanno il diabete di tipo 2, resistente all'insulina», conferma **Concetta Suraci**, presidente di Diabete Italia, Onlus che raggruppa vari stakeholder tra cui società scientifiche e associazioni dei pazienti. «Rispetto al diabete giovanile (tipo 1), che richiede l'iniezione di insulina ai pasti, il tipo 2 si può prevenire perché interessa, nel 70-80% dei casi, soggetti obesi o in sovrappeso. Oggi un bambino su tre ha un peso eccessivo. «Sono loro i pazienti di domani», spiega il medico. «Per questo è necessario agire su alimentazione e sedentarietà». Come dimostrano ormai numerosi studi, malattie croniche come

il diabete si potrebbero prevenire con una correzione sullo stile di vita; eppure si continua a spendere l'80% delle risorse in cure, mentre in prevenzione si investe solo il 3% del budget a disposizione. Secondo il ministero della Salute, il diabete assorbe il 15-20% delle risorse sanitarie e una persona con diabete costa il triplo di una sana: la maggior voce di spesa è costituita dai ricoveri per complicanze croniche, in primis cardiovascolari. Se si considera che l'85% dei pazienti ha almeno una complicanza, si capisce come il costo medio annuo per paziente, dai circa 1.300 euro, può arrivare facilmente a 7.000 euro in caso di patologie concomitanti. «Si stima che i costi diretti e indiretti della malattia siano intorno ai 20 miliardi all'anno», continua la Suraci. «La voce più alta è naturalmente quella dell'ospedalizzazione (circa 7 miliardi) ma pesano anche le assenze dal lavoro e i prepensionamenti». Per tutto questo, ovvero il concorrere di ragioni di salute ed economiche, sembrerebbe sempre più consigliabile da parte delle autorità sanitarie un maggior ricorso a controlli e anche a prescrizioni farmaceutiche. Già uno studio del 2012, pubblicato su *Diabetes Technology & Therapeutics*, aveva dimostrato che nelle regioni italiane dove si era ridotta la

spesa per i test rapidi della glicemia, i ricoveri erano aumentati fino alla media di 80 ospedalizzazioni ogni centomila abitanti (contro i 36 delle altre regioni). Un paziente controllato, confermano altri studi, costa circa 3.000 euro l'anno, uno non controllato costa 2,6-4,7 volte di più. Lo stesso discorso vale anche per i farmaci. Oggi sono una quindicina le medicine innovative che, a parità di efficacia ipoglicemizzante delle terapie consolidate (sulfaniluree), sono più sicure nell'evitare ipoglicemie notturne e più facili da usare, ma costano 6-7 volte di più e di conseguenza vengono prescritte con il contagocce. Il risparmio al banco però è solo una falsa illusione. «È fondamentale pensare a una gestione che non deve essere per singole prescrizioni, ma per esito», spiega **Domenico Mannino**, presidente dell'associazione dei medici diabetologi (Amd). «Lo specialista, in base alla qualità del prodotto, del dispositivo e del farmaco, migliora la cura e abbassa il rischio di complicanze. Si devono impiegare indicatori che premiano la qualità del lavoro, non il risparmio. Il costo dei farmaci è il 6% della spesa totale per il diabete, il 50% è nei ricoveri per le complicanze. Se aumentiamo i primi incidiamo anche sul calo dei secondi». (riproduzione riservata)



RAPPORTO SALUTE

Biosimiliari e biotecnologici, i nuovi farmaci per la psoriasi faranno cambiare idea ai pazienti insoddisfatti?

La psoriasi è una malattia della pelle, non contagiosa ma cronica, multifattoriale, genetica e autoimmune. Come tale ha spesso un impatto importante nella vita di chi ne soffre. Pesano infatti i cinque anni che servono in media per avere una diagnosi e le complicanze fisiche e psicologiche collegate alla patologia. Sono quasi due milioni le persone che ne soffrono in Italia e un'ampia indagine condotta fra il 2016 e il 2018 segnala che l'84% di esse è insoddisfatto delle cure e che l'88% rinuncia a successivi trattamenti o controlli. Eppure le medicine ci sono. «Per le forme lievi», ricorda **Ornella De Pità**, direttore dell'unità complessa Patologia Clinica, all'ospedale Cristo Re di Roma, che ha condotto l'indagine, «disponiamo di terapie topiche come creme inodori e che non ungono». Le forme moderate-severe e gravi da alcuni anni si possono affrontare invece con farmaci biotecnologici. «Fra i più recenti», dichiara **Ketty Peris**, direttore dell'unità operativa complessa di Dermatologia del Policlinico Gemelli (Roma), «ci sono i farmaci anti interleuchina 17, e anti interleuchina 23, che colpiscono target specifici responsabili di attivare l'infiammazione e quindi lo sviluppo della malattia». I nuovi farmaci sono anche più maneggevoli, dato che si somministrano per via sottocutanea (ogni 2-4 settimane o a volte anche ogni 12), con rapidità di azione ed esiti mantenuti a lungo termine, come attesta un follow-up a 2-3 anni. Sono inoltre disponibili ora farmaci sistemici da assumere per bocca, indicati per le forme da moderate a gravi. Che cosa manca allora perché i pazienti decidano di curarsi? Forse una spiegazione è nei risultati di un recente studio tedesco: il 56% dei pazienti non è seguito da un medico. «C'è una sostanziale mancanza d'informazione», osserva **Valeria Corazza**, presidente dell'omo-

nima fondazione Onlus Psoriasi&Co. Non a caso, gli autori dello studio tedesco invitano i medici a dedicare più tempo ai pazienti e a prescrivere un trattamento appropriato, a quelli non soddisfatti. L'osservazione è in linea con quanto proposto dall'International Psoriasis Council di scegliere il trattamento tenendo conto dell'impatto emotivo della malattia sulla persona, facilitando l'accesso ai trattamenti sistemici anche in forme lievi o moderate, se sono su aree più sensibili del corpo (viso, mani e genitali) e non hanno risposto

ai trattamenti topici. «Per ogni grado e intensità di malattia, spesso ignorata dai pazienti», osserva **Mara Maccarone**, presidente Adispo (Associazione per la difesa degli psoriasici), «si va incontro a una evoluzione». La malattia infatti «non è solo cutanea», ricorda **Piergiacomo Calzavara Pinton**, presidente Società italiana di dermatologia. «Il paziente con psoriasi è gravato da numerose comorbidità, condizioni mediche coesistenti con la patologia primaria». Oltre all'artropatia si riscontrano malattie infiammatorie croniche intestinali, disturbi psicologici, patologie oculari, cardiovascolari e metaboliche. La comorbidità, inoltre, fa lievitare i costi diretti del Sistema sanitario, già elevati per le terapie con i biologici. Una risorsa potrebbe arrivare dai biosimilari, farmaci biologici simili agli originali di cui è scaduto il brevetto, e che hanno costo più basso. Uno studio del 2017 realizzato dal Ceis, stima che l'utilizzo del biosimilare di due farmaci impiegati nella cura della psoriasi (etanercept e infliximab) consentirebbe nel 2020, rispetto al 2014, una riduzione della spesa del 31%, pari a 19 milioni di euro. (riproduzione riservata)

Maddalena Guiotto



RICERCA

Il primo vaccino contro l'Ebola ferma un'epidemia

IL PRIMO vaccino contro il virus Ebola è stato approvato dall'Organizzazione mondiale della Sanità, dopo una fase di utilizzo sperimentale nella Repubblica democratica del Congo, dove lo scorso anno ha contribuito a contenere due focolai del virus, uno dei quali ha però ucciso oltre duemila persone. Il farmaco, chiamato Ervebo e prodotto da Merck, sarà sul mercato entro metà del 2020. Ma centinaia di migliaia di persone sono state già vaccinate nell'epidemia in corso, come riporta *Nature*, e tra queste oltre 60 mila operatori sanitari. A oggi esistono altri sette vaccini allo studio. «L'uso più importante di Ervebo sarebbe per la prevenzione dei focolai che potrebbero

svilupparsi nella cintura di terra africana dove appare l'Ebola. Ma per essere sicuri che funzioni bisogna scoprire quanto durerà l'immunità: e questo ancora lo ignoriamo. Sappiamo solo che è efficace nel breve termine, come risposta immediata a un'epidemia» spiega al *Venerdì* David Heymann, epidemiologo della London School of Hygiene and Tropical Medicine. «Inoltre Ervebo non è ancora un vaccino ideale, perché deve essere portato sul campo a una temperatura molto bassa: -70 gradi centigradi. La speranza è che in futuro diventi più stabile e possa resistere, durante il trasporto verso i luoghi in cui impiegarlo, a temperature più alte». L'epidemia in corso ora è in calo ed è quasi sotto controllo «ma per esserne sicuri serviranno due o tre settimane senza nuovi casi. Il problema è che è scoppiata in un'area politicamente instabile, dove le persone non si fidano del governo e quindi delle autorità sanitarie» osserva Heymann. «Prima di questa crisi ce n'era stata una sull'altro lato della Repubblica democratica del Congo, dove la fiducia verso il governo è più alta: e lì l'epidemia è stata fermata rapidamente».

(Giuliano Aluffi)



Particelle del virus Ebola. Approvato dall'Oms il primo vaccino. Allo studio altri sette

TUTTO QUELLO CHE AVRESTE VOLUTO SAPERE SU...

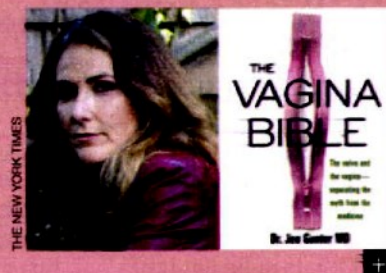
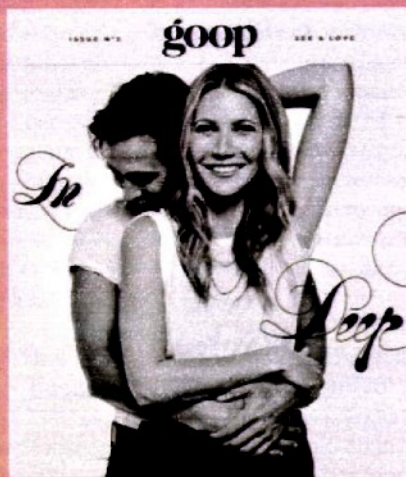
DALL'IGIENE ALLA CHIRURGIA, LE BUFALHE SULLA **VAGINA** SONO INFINITE. NEGLI USA HANNO AVUTO COME PALADINA GWYNETH PALTROW. SFIDATA (E BATTUTA) DA UNA GINECOLOGA. CHE ORA HA SCRITTO UN LIBRO

di **Giulia Villoresi**

S ECONDO un'indagine della Società italiana di ginecologia, una giovane italiana su cinque non ha alcuna educazione sessuale ed è vittima di bufale online. Tra queste, il 56 per cento non conosce la posizione esatta del foro dell'uretra e di quello vaginale; il quattro pensa che un bagno caldo sia una valida alternativa alla pillola del giorno dopo e il sette usa la Coca-Cola allo stesso scopo. In America, come testimonia Jennifer Gunter, le cose vanno ancora peggio. Canadese di origini, californiana d'adozione, Gunter - ginecologa, ostetrica e specialista in terapie del dolore pelvico - ha deciso di

L'attrice **Gwyneth Paltrow** nel suo sito-azienda **Goop** dà consigli su moda, cibo, bellezza, ma anche salute femminile. È stata condannata a 145 mila dollari per pubblicità ingannevole

demolire tutte le falsità sull'apparato riproduttivo della donna. La sua battaglia pubblica è iniziata nel 2011 con l'apertura di un blog (*drjengunter.com*) dove prova a smontare miti duri a morire: no, la dieta non influisce sulla salute della vagina; la pillola contraccettiva non fa aumentare di peso; non c'è relazione tra l'età della prima mestruazione e quella dell'ingresso in menopausa; non esiste un orgasmo vaginale (quello che si raggiunge con



La ginecologa **Jennifer Gunter** e la copertina del suo libro **The Vagina Bible** (Penguin Random House, pp. 420, euro 14,50)

la penetrazione passa comunque per la stimolazione del clitoride). E inserire nella vagina un ovulo di giada non migliora la salute e la vitalità sessuale.

GLI OVULI DI GIADA

Di quest'ultima pratica, qualcuno lo ricorderà, si è parlato nel 2017, quando l'attrice Gwyneth Paltrow la raccomandò alle lettrici di Goop, il suo sito web, che fattura 250 milioni di dollari l'anno dispensando «consigli medici all'avanguardia per la cura e il benessere femminile». Nella fattispecie, si raccomandava un uso quotidiano degli ovuli - sponsorizzati a 66 dollari l'uno - per stimolare la contrazione spontanea dei muscoli pelvici, favorendo così l'orgasmo e "l'equilibrio ormonale". Gunter reagì con una lettera aperta diventata virale: l'unica cosa che gli ovuli favoriscono, spiegava, è la proliferazione di batteri; non c'è rapporto tra esercizi pelvici e produzione ormonale; e i muscoli della vagina non sono fatti per contrarsi continuamente.

Nella lettera erano citate anche un altro paio di bufale apparse su Goop: i danni del reggiseno (accusato di aumentare il rischio di tumore alla



SHUTTERSTOCK

mammella) e i benefici della vaporizzazione vaginale, che consiste nel sedersi su un bacino d'acqua bollente mischiata a erbe per «detergere l'utero».

Gwyneth Paltrow è stata poi condannata (per gli ovuli) a pagare una multa di 145 mila dollari per pubblicità ingannevole. Ma la campagna di *debunking* di Jennifer Gunter – definita da una fan di Goop «l'Anticristo della vagina» – non si ferma: ha una rubrica sul *New York Times*, conduce uno show sulla salute femminile e ha appena pubblicato un libro che è già best-seller: *The Vagina Bible* (Penguin Random House), «La Bibbia della vagina», è un manuale chiaro, meticoloso e demistificante sull'intero scibile ginecologico. Scopo: insegnare alle donne a «distinguere il mito dalla medicina». Ce n'era davvero bisogno?

IMPURA A CHI?

«Sì» risponde Gunter. «Per secoli hanno raccontato bugie sul corpo femminile per escludere le donne dalla società: "Il tuo utero è pieno di tossine", "Sei impura". I siti come Goop stanno facendo la stessa cosa: parlano di emancipazione femminile, ma mentono alle donne sul loro corpo. Tutta questa insistenza sullo stile di vita naturale, sulla purezza, di fatto continua a promuovere l'idea che la donna sia sporca. Vedi la vaporizzazione vaginale per "pulire" l'utero. Ma pulirlo da cosa? Questo è patriarcato travestito da femminismo, marketing spacciato per informazione scientifica». Gunter parla di *vaginal shame*, vergogna della vagina, che addebita anche all'incapacità dei medici di ascoltare le pazienti, e di liberarsi da una visione distorta del corpo femminile. «Se il dottore ti riceve per quindici minuti al massimo e non dà credito al tuo disagio» spiega, «è chiaro che finirai per ascoltare chi dice che tutto

ciò che stai provando è reale». A trarne profitto sono i falsi scienziati e l'industria cosmetica, soprattutto quella bio. «Tutti parlano di Big Pharma. Ma almeno Big Pharma testa i farmaci. Certo, non pubblica tutti i dati. Ma "Big Natural" non ne pubblica nessuno». Buona parte dei prodotti per la cura femminile, spiega Gunter, è inutile, o dannosa. Prendiamo l'igiene: qualsiasi cosa che non sia un detergente intimo delicato – quindi saponi, spray deodoranti, salviette, lavande – danneggia la mucosa protettiva e altera la flora batterica aumentando il rischio di vaginiti. Ci sono persino studi secondo cui lavarsi con normale sapone aumenterebbe il rischio di contrarre l'Hiv (probabilmente perché la mucosa, privata di una parte del manto protettivo, è più esposta ai microtraumi). Eppure, fino al 40 per cento delle donne americane usa la lavanda vaginale una volta al mese.

«In alcuni Paesi si è anche diffusa la pratica "rigenerativa" di soffiare in vagina dell'ozono» racconta Gunter. «Si tratta di un gas tossico. Penso non ci sia bisogno di aggiungere altro». In realtà, in ambito ginecologico sembra che non esistano informazioni smentite. Basta monitorare forum e siti. Gunter, che lo fa di continuo, ha deciso di stilare l'elenco delle co-

se da non inserire in vagina: prezzemolo (per provocare le mestruazioni), aglio (per curare la candida), unguento mentolato (per deodorare), «creme illuminanti» («per donare alle grandi e piccole labbra una luminosità iridescente» spiega una pubblicità), i «glitter vaginali» («per renderti magicamente deliziosa»).

INIEZIONI DI COLLAGENE

«Il *vaginal shame* fa circolare molti soldi» commenta Gunter. «Dagli anni Novanta ho visto aumentare drammaticamente il numero di pazienti che credono di avere un disturbo, quando sono normalissime. Qualcuno, spesso un partner, ha detto loro che hanno secrezioni troppo abbondanti, un odore sgradevole o che le loro labbra sono troppo grosse. Ci sono madri che vengono da me preoccupate per la misura delle piccole labbra delle figlie». Nel 50

per cento delle donne queste sporgono oltre le grandi labbra: il 75 per cento di loro pensa che non sia normale e molte ricorrono alla chirurgia plastica per rimpicciolirle, un intervento le cui conseguenze a lungo termine sono ignote. Lo stesso vale per i trattamenti di ringiovanimento vaginale, come le iniezioni di collagene nelle pareti della vagina e quelle nel clitoride di gel piastrinico, un prodotto di derivazione

ematica che stimola la proliferazione cellulare. «Un crimine» dice Gunter «perché non esistono dati sugli effetti di questo trattamento».

E la vagina non è l'unico orifizio a cui si interessa Big Natural: di recente il cardiologo Alejandro Junger ha suggerito su Goop di irrigare il colon con del caffè, proponendo un kit fai-da-te da 135 dollari. Peccato che nel 2011 uno studio della Georgetown University School of Medicine abbia stabilito che il lavaggio del colon – pratica sempre più diffusa – non dà benefici, ma solo effetti collaterali.

Giulia Villorosi



ALCUNI SITI CONSIGLIANO DI INSERIRE PREZZEMOLO IN VAGINA PER PROVOCARE LE MESTRUAZIONI



Tre ovuli di giada: secondo Goop servirebbero a mantenere tonica la muscolatura vaginale e a stimolare la produzione di ormoni

Sanità, assunzioni triplicate

Commissariamento solo in casi estremi. Più fondi per le prestazioni dei privati

Marzio Bartoloni

Si sblocca la partita sulla Sanità. Per le Regioni alle prese con gravi carenze di personale nelle corsie degli ospedali, specialmente nei pronto soccorso, ci sarà un tesoretto da spendere per assumere medici e infermieri: fino al triplo delle risorse oggi disponibili. Il commissariamento della Sanità regionale diventerà poi una misura di extrema ratio che il Governo utilizzerà per i casi più gravi e infine ci sarà una dote di circa 200 milioni che i governatori potranno spendere per aumentare tariffe o numero delle prestazioni della Sanità privata accreditata, risorse che gli ospedali privati utilizzeranno per finanziare il contratto del personale.

Sono queste alcune delle misure contenute nel Patto per la Salute che Governo e Regioni - dopo lunghe settimane di braccio di ferro - sigleranno la prossima settimana in Conferenza Stato Regioni. Misure che, almeno in parte, entreranno nei prossimi giorni in manovra.

«È una bella notizia. Abbiamo sciolto i nodi fondamentali», ha detto ieri il ministro della Salute Roberto Speranza che fino all'ultimo ha fatto pressing per togliere i tetti alle assunzioni: alla fine il punto di caduta, dopo una lunga e faticosa mediazione con il Mef, consentirà alle Regioni di passare da un tetto del 5% calcolato sugli incrementi del fondo sanitario (nel 2020 saranno 2 miliardi) al 10% e fino al 15% in caso di comprovate esigenze. In pratica l'Emilia, per fare un esempio, passerà da 7 a 21 milioni a disposizione (40 la Lombardia).

Inizia poi una nuova era sul fronte dei commissari - proprio ieri la Campania è uscita dai piani di rientro (in pratica resta sotto stretta tutela solo la Calabria) - che torneranno in caso di gravi deficit (tetto al 5%, mentre al 3% scatteranno gli alert con una serie di prescrizioni). Tramonta invece l'ipotesi di commissariamenti per inadempienze sui Livelli essenziali di assistenza. «Si faranno invece degli affiancamenti che prevedono la collaborazione con Agenas, l'Agenzia per i servizi sanitari regionali», spiega il coordinatore degli assessori alla Sanità Luigi Icardi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Costruire insieme un nuovo sogno per Pisa»

E' il messaggio del volume della Forti Holding dedicato ai protagonisti della ricerca in città. «Creare occasioni condivise di crescita»

L'OBIETTIVO

Il libro è stato voluto da Forti Holding per far conoscere volti e storie di chi fa ricerca

SOLIDARIETA'

Il ricavato dalla vendita sarà devoluto a «Respirando» e Fondazione Arpa

PISA

C'è un sogno per Pisa e si chiama Pisa. Una Pisa che, nell'immediato futuro, possa essere ancora di più se stessa, più colla cioè di nuovi talenti, di nuove idee, di nuovi traguardi i cui effetti si riversano nella società italiana e mondiale. Come avviene per internet, in pratica. La traccia per questo sogno è già scritta e si trova nel libro *StemPisa 2020*, il volume degli scienziati **Alberto Di Minin e Andrea Piccaluga**, con le note storiche del giornalista **Giuseppe Meucci**, pubblicato da **Pacini Editore** e presentato ieri pomeriggio nel salone gremito della Camera di Commercio. Un volume fortemente voluto dalla **Forti Holding** per far conoscere al pubblico e agli studenti il percorso e i successi di chi ogni contribuisce alla ricerca nel nostro Paese e ha voluto cercarne a Pisa il futuro. Quarantuno ritratti-intervista a 41 talenti della ricerca scientifica che lavorano a Pisa e che qui si sono formati. «Quarantuno modelli di dedizione e cultura del sacrificio a cui gli studenti di ora e le nuove generazioni potranno ispirarsi, così come essi hanno fatto guardando ai loro maestri», come ha spiegato **Luigi Doveri**, ad della Forti Holding.

StemPisa risveglia l'orgoglio della città, una piccola città di provincia dove però i passi di allievi e docenti di quattro poli di ricerca (**Ateneo, Sant'Anna, Normale, Cnr**) hanno segnato in qualche modo il cammino dell'umanità. Stem è difatti l'acronimo di Science, Technology, Engineering and Mathematics, quattro punti cardinali della ricerca pisana che ogni giorno marca una scoperta, un'idea, un contributo in campi che hanno riflessi diretti sullo sviluppo della società.

Ieri, nel salone della Camera di Commercio, la presentazione di questo volume è stata una celebrazione della città e della sua vocazione ad accogliere, a formare, a dare una chance a chi arriva da fuori, e a ... creare. E' stata un ringraziamento ma anche un appello corale a fare squadra, a costruire tutti insieme il sogno chiamato Pisa.

E, a proposito di modelli, il sindaco, **Michele Conti**, e dopo di lui l'editore **Pierfrancesco Pacini**, hanno ricordato il coraggio e la genialità dell'imprenditore **Franco Forti** che in questi decenni ha realizzato importanti opere per la città aiutandola così a mantenere qui i talenti e attirando grandi industrie e imprese. «Aziende come il gruppo Forti - ha detto il sindaco - hanno dimostrato di avere una visione diversa, innovativa. L'idea di creare dal nulla e nel nulla, a Montacchiello, un'area industriale e produttiva per attirare sviluppo in città è stata lungimirante e geniale».

Pacini ha aggiunto: «Con quest'opera editoriale si collega la scienza all'innovazione e al suo territorio. Lo specchio, in pratica, di quello che ha realizzato a Montacchiello l'ingegner Franco Forti, che ha sempre capito in anticipo e prima di tutti il potenziale di quelle che sono poi diventate importanti fonti di sviluppo e di indotto per la nostra città». Un'esortazione a fare squadra tutti insieme è stata espressa in modo corale dalla rettrice della Scuola Sant'Anna, **Sabina Nuti**, dal rettore dell'Università, **Paolo Mancarella**, dal direttore della Scuola Normale, **Luigi Ambrosio**, e dal presidente dell'area di ricerca del Cnr, **Giorgio Iervasi**. «A scienza e progresso servono modelli - ha detto **Mancarella** -. Le eccellenze che sono qui a Pisa non ci sono in altre parti del mondo. Mettendo da parte idee corporative potremo amplificare la vocazione della città a far andare a

braccetto talento e vocazione». Di competizione e collaborazione, ma anche di modelli e di tradizione ha parlato Ambrosio: «I successi della scienza pisana derivano dalla tradizione di docenti e scienziati eccellenti capaci di attirare allievi capaci di superare i loro maestri. **Alessandro Faedo**, matematico e rettore dell'Università, fu un modello di lungimiranza in questo senso». «C'è tutta una umanità dietro i nostri scienziati - ha detto **Sabina Nuti** - che questo libro ci racconta assieme alla capacità di mettere in luce il fatto che i successi e i traguardi delle discipline Stem hanno una base comune nelle discipline tradizionali, un tessuto culturale creato da altri ricercatori. A Pisa c'è una incredibile concentrazione di scienziati e la sfida è saperne accogliere altri con un sapiente uso di spazi e strumenti». Anche **Iervasi** invita a credere «fino in fondo alla possibilità di fare squadra e di coltivare questo grande sogno collettivo». Gli autori, **Alberto Di Minin e Andrea Piccaluga**, raccontano con orgoglio il libro dove sono raccolte per la prima volta 41 storie di successo. «Storie di migrazioni, storie di resilienza», spiega Di Minin che annuncia di esportare in Cina il volume come «biglietto da visita della città». Piccaluga si sofferma sugli «incroci»: «Gli incontri fra studenti e ricercatori e fra docenti di discipline diverse. Molti professori non sarebbero tali se non Pisa non li avesse attirati da studenti».

Eleonora Mancini





Da sinistra, Di Minin, Pacini, Castaldo, Forti, Doveri, Conti, Nuti, Mancarella, Iervasi, Ambrosio e Piccaluga alla presentazione del volume (Foto Andrea Valtriani)



L'imprenditore Franco Forti con l'ad della Forti Holding, Luigi Doveri; uno scorcio del salone della Camera di Commercio gremito di pubblico; il professor Piccaluga, uno degli autori del libro (Foto Andrea Valtriani)

IL CASO MAGNANI

L'assessore rinuncia al contributo scomodo

Il regista, attore e videomaker Pierpaolo Magnani, dal 12 agosto assessore alla cultura, rinuncia al contributo che il 30 luglio scorso gli aveva concesso il Comune di Pisa in qualità di rappresentante legale dell'asso-

ciatione "DN@". Il dietrofront rispetto alla riscossione dei soldi pubblici è annunciato dallo stesso assessore alcuni giorni dopo il servizio con cui *Il Tirreno* aveva fatto emergere il caso. **MARCACCI / IN CRONACA**

IL CASO

L'assessore Magnani rinuncia a riscuotere il contributo scomodo «Ci rimetto di tasca»

L'associazione di cui è presidente aveva ottenuto un finanziamento 12 giorni prima della nomina comunale

Cristiano Marcacci

PISA. Il regista, attore e videomaker **Pierpaolo Magnani** rinuncia al contributo che il 30 luglio scorso gli aveva concesso il Comune di Pisa in qualità di rappresentante legale dell'associazione "DN@", avente la sede nello stesso luogo di residenza privata di colui che attualmente, e dal 12 agosto, riveste la carica di assessore comunale alla cultura. Il dietrofront rispetto alla riscossione dei soldi pubblici è annunciato dallo stesso assessore alcuni giorni dopo il servizio con cui *Il Tirreno* aveva fatto emergere il caso.

«Il contributo che era stato assegnato alla mia associazione – conferma Magnani in una lettera inviata proprio a *Il Tirreno* – era precedente al mio incarico di assessore. Comunque, rinuncerò alla liquidazione dello stesso pur rimettendoci per-

sonalmente, come già comunicato nelle settimane passate per le vie brevi al dirigente del settore Cultura del Comune di Pisa».

L'assessore cerca di spiegare la vicenda nei dettagli. «L'associazione di cui sono presidente – afferma Magnani – opera sul territorio da 20 anni e vanta un curriculum di tutto rispetto grazie all'attività svolta in vari campi artistici. Ha la sua sede legale dove io adesso dimoro, è corretto. Del resto la coincidenza tra sede legale e abitazione del presidente della stessa è molto frequente, per ragioni di comodità. Ma entriamo nel merito: la materia del contendere è un lavoro commissionato alla mia associazione nell'ottobre del 2018 in ragione delle capacità espresse in passato e del rapporto di amicizia che mi lega all'attore Roberto Farnesi, che si era reso disponibile a prestare la propria immagine e la propria

opera a titolo totalmente gratuito per promuovere la città in cui è nato e a cui è rimasto molto attaccato. Io ho condiviso altrettanto entusiasmo e mi sono dedicato ad una lunga opera di documentazione e ricerca per creare un'opera accattivante che restituisse un'immagine di Pisa inconsueta e ne illustrasse il fascino e particolari anche sconosciuti ai più. Concordando con Roberto Farnesi un periodo che fosse compatibile con i suoi impegni lavorativi, abbiamo individuato nei mesi tra aprile e giugno il momento più opportuno, ed effettivamente



abbiamo portato a termine tutte le riprese in quel periodo, grazie anche alla collaborazione e alla disponibilità di molte istituzioni, come il Museo delle Navi Antiche, l'Opera della Primaziale ed altre. Sia io che Roberto abbiamo fornito tutto il nostro operato a titolo gratuito, ma la mia associazione ha dovuto affrontare spese (documentabili) per l'opera di tecnici che hanno collaborato (fonico, grafici, montatori). Abbiamo concordato con l'amministrazione un forfait di 4.950 euro per poter coprire tutti i costi. Chi ha un minimo di conoscenza della materia può giudicare cosa siano meno di 5.000 euro per realizzare un videoclip di un minuto ricco di effetti grafici ed un documentario di circa un'ora».

Tutto poteva filare liscio fino alla nomina ad assessore. «All'improvviso – racconta Magnani – nell'agosto 2019 mi è arrivata la proposta dell'assessorato e ho accettato. Questo nuovo ruolo mi ha reso quasi impossibile dedicarmi al montaggio defini-

tivo di queste due opere, lavoro che ho affidato a dei collaboratori esterni (a pagamento). Nonostante questo non sono riuscito a consegnare l'opera terminata entro la scadenza del 15 ottobre come da impegno da me sottoscritto. Ed è per questo, unitamente a un alto senso delle istituzioni derivante dal ruolo che ricopro attualmente, che la mia associazione rinuncerà all'importo a noi destinato: non potendo garantire una data certa, ci consideriamo inadempienti e pertanto preferiamo che questo lavoro, una volta che sarà terminato, diventi una donazione al Comune di Pisa».

Sul contributo a Magnani, che era stato deciso con una determina a firma della dirigente responsabile dei Servizi educativi-culturali Angela Parini, si è fatta sentire anche l'opposizione, in particolare con **Olivia Picchi**, consigliera comunale del Pd e vicepresidente della commissione Cultura, secondo la quale «non è moralmente ed eticamente accettabile che

si finzi un'associazione il cui titolare è l'assessore alla cultura. Il fatto che sia un incarico diretto, senza gara o altra procedura, non è che un'aggravante».

«Un lavoro – rincara la dose Picchi – di cui nessuno sapeva nulla, men che meno la commissione Cultura, di cui mi onoro di essere la vicepresidente, che è completamente ignorata dall'assessore».

La consigliera d'opposizione prende a pretesto la vicenda dell'assessorato per ricordare il presunto disimpegno dell'amministrazione comunale sul fronte della cultura. «Tutto questo – rileva Picchi – stride ancor di più se pensiamo che con la giunta Conti c'è stato un disinvestimento fortissimo sulla cultura passando dai quasi 389.000 euro dei 680.000 a disposizione nel 2018 e lasciati dall'amministrazione Filipeschi, ai 116.000 del bilancio 2019 a firma Conti, a cui si andranno ad aggiungere i 90.000 euro del bando Cultura pubblicato da pochi giorni». —



L'assessore comunale alla cultura Pierpaolo Magnani

LA TERAPIA DELLE START UP

BioUpper, l'iniziativa di accelerazione nell'ambito delle scienze della vita promossa da Novartis e Fondazione Cariplo, in collaborazione con Ibm, ha già inserito due giovani società all'interno di studi clinici che stanno per partire. Ora la quarta edizione aperta fino al 16 dicembre è in cerca dei nuovi campioni

di **GIULIA CIMPANELLI**

Due delle start up che hanno partecipato alle precedenti edizioni di BioUpper, iniziativa di accelerazione nell'ambito delle scienze della vita promossa da Novartis e Fondazione Cariplo, in collaborazione con Ibm, sono state inserite all'interno di studi clinici che stanno per partire. «Finalmente, alla quarta edizione di BioUpper — commenta Gaia Panina, Chief Scientific Officer di Novartis Farma — abbiamo raggiunto l'obiettivo ultimo dell'iniziativa: quello di coinvolgere le start up nelle nostre attività, in ottica di open innovation».

Patch, l'impresa innovativa vincitrice della scorsa edizione del programma, è un chatbot che dialoga con il paziente in modalità emozionale al fine di migliorare la precisione e l'efficienza del clinica trial: «È inclusa in una sperimentazione su utenti che soffrono di emicrania — prosegue Panina —. All'interno dello studio è fondamentale raccogliere informazioni sulla qualità di vita del paziente. Grazie a Patch queste vengono automaticamente inserite nella cartella di raccolta dati».

La start up Confirmità abilita invece la modalità da remoto con cui il paziente può dare il consenso informato legale a partecipare a uno studio,

senza doversi recare in ospedale a firmarlo.

«È proprio questo tipo di lavoro che unisce fattivamente il mondo delle start up e l'industria il motore che può far crescere il settore delle scienze della vita», aggiunge la manager.

La quarta edizione di BioUpper rimarrà aperta fino al 16 dicembre 2019; si rivolge ad aspiranti imprenditori (singoli o in team), ricercatori e digital start up con progetti innovativi nel campo della digital health e offre un programma di accelerazione incentrato su tre aree: clinica, tecnologica e imprenditoriale.

BioUpper intende migliorare l'efficacia del Sistema Salute, nell'interesse dei pazienti e della collettività, valorizzare le migliori iniziative imprenditoriali e start up che intendono distinguersi per l'applicabilità di soluzioni al processo della ricerca e della cura olistica del paziente affetto da patologie croniche.

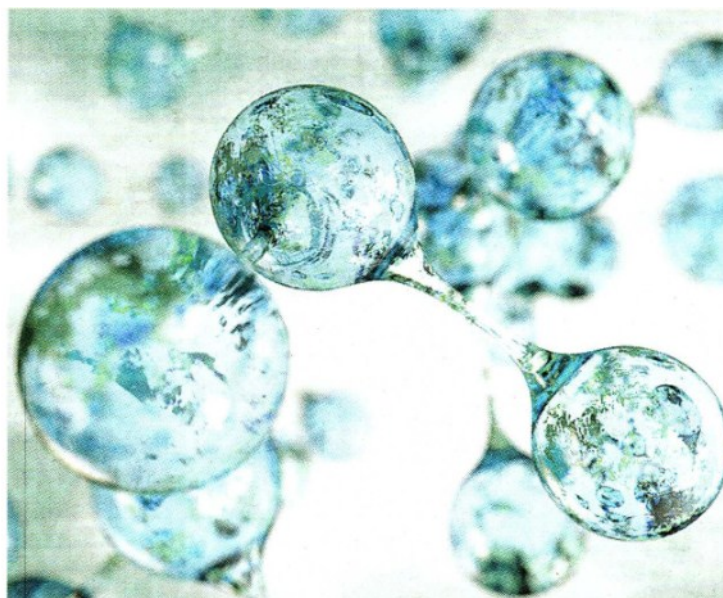
Le idee proposte dovranno rispondere al concetto di *value based healthcare*: soluzioni in grado di portare valore nel rispetto della sostenibilità, con l'introduzione della tecnologia come facilitatore del *patient journey*.

La soluzione tecnologica deve poi rientrare nelle aree terapeutiche in cui Novartis fa ricerca e innovazione:

cardio-metabolico, respiratorio, neuroscienze, oftalmologia, immunologia, epatologia. Il focus di BioUpper 4 si porterà anche nell'area oncologica, in particolare delle terapie personalizzate. «E attraverso la nostra divisione Sandoz siamo interessati a esplorare la possibilità di trovare servizi e soluzioni digitali che possano ampliare l'aderenza terapeutica o la formazione del paziente sulla patologia».

Il percorso formativo durerà tre mesi e il team più meritevole parteciperà a un progetto di training nella Silicon Valley. Le dieci start up selezionate, inoltre, potranno usufruire di crediti erogati da Ibm, fino a un massimo equivalente a 10.000 euro al mese per 12 mesi, spendibili unicamente per l'utilizzo dei servizi del catalogo Ibm Cloud: «Le tecnologie devono essere usate per rispondere ai bisogni delle persone — commenta Daniela Scaramuccia, Business development director di Ibm Italia — in un sistema articolato come quello sanitario l'innovazione prende vita dove emerge il bisogno: servono sicurezza e tecnologie solide». Oltre all'uso delle tecnologie, le dieci finaliste verranno supportate da esperti Ibm per lo sviluppo di un mvp (Minimum viable project), un prototipo che consenta di provare la loro soluzione in tempi brevi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ATENEIO IN TRIBUNALE

Il Tar annulla il concorso: la vincitrice è incompatibile

L'escluso a un posto da docente universitario vince il ricorso al Tar che annulla l'assegnazione alla vincitrice: è incompatibile. / INCRONACA

UNIVERSITÀ IN TRIBUNALE

Ateneo, annullato un concorso «La vincitrice è incompatibile»

Il Tar accoglie il ricorso di un escluso e azzera tutti gli atti della procedura
La docente non poteva partecipare perché aveva già avuto incarichi a contratto

La cattedra al centro della querelle è quella di Progettazione Architettonica

PISA. Lo avevano dichiarato idoneo a un posto di docente di seconda fascia.

Solo che poi la nomina era arrivata per una candidata che non aveva i requisiti per partecipare alla procedura.

Ci aveva provato il professor **Giacinto Cerviere**, in organico all'ateneo di Napoli Federico II, a far capire all'università pisana che l'esito della valutazione comparativa non era legittimo. E che lui avrebbe impugnato gli atti. Un confronto senza sbocchi. Se non quello di rivolgersi al Tar, assistito dall'avvocato **Alessandro Capone**, e ottenere l'accoglimento del ricorso. In pratica i giudici amministrativi hanno annullato i provvedimenti impugnati così come aveva invocato il docente.

Motivo? La concorrente aggiudicataria che ora si è vista annullare la nomina aveva svolto attività di docenza a contratto nel triennio precedente alla valutazione. Un elemento ostativo all'asse-

gnazione del posto.

La cattedra è quella di professore universitario di seconda fascia di Progettazione Architettonica. Dichiarato idoneo, Cerviere non viene chiamato. La convocazione con la buona notizia arriva, invece, per la professoressa **Lina Malfona**.

«La vincitrice non avrebbe potuto partecipare alla procedura trovandosi nella situazione di incompatibilità prevista dall'art. 18 della L. 241/2010 per il fatto di aver prestato servizio in favore dell'ateneo pisano come professore a contratto nel triennio precedente alla sua indizione» è la base del ricorso accolto dal Tar.

L'università si è difesa sostenendo che una recente sentenza del Consiglio di Stato dà «la possibilità di partecipare alle selezioni riservate agli esterni da parte dei professori a contratto».

Secondi i giudici amministrativi «la professoressa Malfona ha svolto a tutti gli effetti una attività di docenza intrattenendo con l'università di Pisa un rapporto di servizio per una attività non marginale che a pieno titolo rientra nelle maglie dell'articolo 18 della L. 241/2010». La do-

cente in questione ha argomentato le sue ragioni sottolineando che «l'inclusione dei professori a contratto nella categoria degli interni non ammessi a partecipare alle selezioni di cui all'articolo 18 comma 4 della L. 240/2010 determinerebbe la incostituzionalità della norma e violazione del principio di razionalità/ragionevolezza». Tesi respinta dal Tribunale amministrativo. «La disposizione - spiega il giudice relatore - non appare affatto irragionevole in quanto riserva agli esterni solo una limitata percentuale dei posti disponibili proprio al fine di garantire la imparzialità dei reclutamenti spesso minata dalla preferenza accordata dagli atenei al proprio personale interno strutturale e non». E la cattedra di Progettazione Architettonica torna vacante in assenza di impugnazioni al Consiglio di Stato. —

Pietro Barghigiani





La sede toscana del Tar

RASSEGNA STAMPA DEL 29/11/2019

Gentile cliente,

in data odierna non è stato possibile monitorare la seguente testata poiché in atto lo sciopero dei poligrafici:

NAZIONALE: Gazzetta del Mezzogiorno (e dorsi locali)