

Rassegna del 05/12/2019

AOUP

05/12/19	Tirreno Livorno-Rosignano-Cecina	8	Direttore di macchina ferito a una mano dallo scoppio del tubo	S.T.	1
05/12/19	Tirreno Lucca	12	Grave operaio investito sulle strisce da un'auto	...	2
05/12/19	Tirreno Massa Carrara	1	Inquinamento nel Sin e veleni nella falda «Mia figlia morta ad 11 anni per tumore»	Sillicani Chiara	3
05/12/19	Tirreno Piombino-Elba	9	Dal ministero 100mila euro per la telemedicina all'Elba	...	5
05/12/19	Tirreno Pisa-Pontedera	5	Quando vite di successo diventano fiabe per dare ai piccoli il buon esempio	Serni Giulia	6
05/12/19	Corriere Fiorentino	3	I volontari che ci hanno cambiato la vita - Daniela «Così sono diventata presidente dell'associazione che mi ha aiutato»	Storni Jacopo	8
04/12/19	ELBAREPORT.IT	1	Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina per le isole minori - Elbareport - Quotidiano di informazione online dall'isola d'Elba	...	9
04/12/19	ILTIRRENO.GELOCAL.IT	1	Medico indagato per una paziente morta a Cisanello	...	10
04/12/19	LAGAZZETTADILUCCA.IT	1	Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160 mila euro » La Gazzetta di Lucca	...	12
04/12/19	LUCCAIN DIRETTA.IT	1	Asl, dal Ministero 160mila euro per progetto di telemedicina - Luccaindiretta	...	13
05/12/19	Nazione Lucca	5	Investiti sulle strisce Grave un 50enne	...	15
04/12/19	TENEWS.IT	1	Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160mila euro - mercoledì 4 dicembre 2019 - Tirreno Elba News	...	16
04/12/19	USLNORDOVEST.TOSCA.ANA.IT	1	Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160mila euro	...	18

SANITA' REGIONALE

05/12/19	Tirreno	10	Parte dalla Toscana Campagna contro la morte in culla	...	19
05/12/19	Tirreno	10	Saliti a 143 i pazienti colpiti dal superbatterio	...	20
05/12/19	Tirreno Piombino-Elba	2	Casani al sindaco: «Per gli incontri deve rivolgersi ai dirigenti locali»	...	21
05/12/19	Tirreno Toscana Salute	2	Fibromialgia, nuovo percorso	...	22
05/12/19	Tirreno Toscana Salute	2	Fondi per obesità e sviluppo	...	23
05/12/19	Tirreno Viareggio	1	Tempi ridotti per operarsi al Versilia ma non per tutti - Ridotti i tempi per gli interventi chirurgici. Ma per 300 pazienti è ancora un'odissea	Tuccini Matteo	24
05/12/19	Corriere Fiorentino	7	Cgil, Cobas e gli ospedali «Mancano infermieri, siamo sotto i livelli di assistenza minima»	Gori Giulio	26
05/12/19	Corriere Fiorentino	9	Bimbi morti in culla, test per ridurre i rischi	...	27
05/12/19	Nazione Firenze	24	Pochi infermieri a Medicina Ponte a Niccheri, scatta la protesta	Plastina Manuela	28
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	2	Sanità; polemica sucl i organici - Personale Asl, la battaglia prosegue	...	29
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	2	Rossi (Fdl) accusa «Adesso basta»	...	31
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	2	Niente prelievi al Petruccioli, scoppia la polemica Mastracca: «C'è stato un problema amministrativo» Vanni: «Gli organici sono ridotti ai minimi termini»	...	32
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	23	La Casani sulla commissione: «Non riesco a partecipare a tutte»	...	33
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	25	«Rsa, tagli delle quote. Un dramma»	...	34
05/12/19	Nazione Grosseto-Livorno	25	'Isole minori' 160mila euro per legami con gli ospedali del continente	...	35
05/12/19	Nazione Lucca	4	Il grande freddo porta il picco influenzale	Sartini Laura	36
05/12/19	Nazione Lucca	4	«Tagli delle quote sanitarie Rsa Cappio alla gola per le famiglie»	...	38
05/12/19	Nazione Siena	4	«Bene i contratti Asl ma serve stabilità». Il presidente Aurigi invita la Regione a rivedere le modalità dei concorsi	p.t.	39

SANITA' NAZIONALE

01/12/19	Formiche	61	Budget sanitari e performance che contano	Leozappa Antonio_Maria	40
05/12/19	Tirreno	6	Sos posti letto, 713mila pazienti migrano al Nord per farsi curare	...	41
05/12/19	Avvenire	10	Senza farmaci (e senza cure) Il record dei poveri sanitari	Isola Giulio	43
05/12/19	Avvenire	16	È vita - Suicidio assistito, tocca ai Comitati etici	Negrotti Enrico	45
05/12/19	Avvenire	17	È vita - L'analisi - Una rivoluzione e molti scenari	Cozzoli Mauro	47
05/12/19	Avvenire	17	Intervista a Paolo Benanti - È vita - «Il medico è insostituibile ma deve usare la tecnologia»	G.Mel.	48

05/12/19	Avvenire	17 È vita - Medici e algoritmi ora chi comanda? - Salute, algoritmi «padroni»?	Melina Graziella	49
05/12/19	Corriere della Sera Salute	4 Psicoterapia - I criteri per sceglierla e per valutarla - Psicoterapia - Come capire se funziona	Di Diodoro Danilo	51
05/12/19	Corriere della Sera Salute	6 Tecniche «su misura»	Di Diodoro Danilo	56
05/12/19	Corriere della Sera Salute	8 Adolescenti. Per dormire non basta silenziare il telefono	Tucci Maurizio	59
05/12/19	Corriere della Sera Salute	14 Intervista a Mario Manca - Cruralgia	A.S.	63
05/12/19	Corriere della Sera Salute	19 Liste d'attesa e pochi medici in Polonia	Krzywdka Iwona - Poltorak Remigiusz	66
05/12/19	Corriere della Sera Salute	23 Il «Passaporto del guarito»	Martinella Vera	68
05/12/19	Corriere della Sera Salute	24 Medico di famiglia Orari, visite, ricette Le regole per loro e per i pazienti - Orari, visite, ricette Che cosa possono chiedergli i pazienti	Ravanelli Cristina	70
05/12/19	Corriere della Sera Salute	26 Locandina	...	75
05/12/19	Corriere della Sera Salute	27 Malati cronici oltre il ricovero	Corrao Giovanni	76
05/12/19	Italia Oggi	31 Sì ai governatori-commissari	Cerisano Francesco	77
05/12/19	Italia Oggi	32 Più invii per le spese mediche	Galli Giovanni	78
05/12/19	Libero Quotidiano	14 Ipoteca la casa per aiutare gli studi sulla Sla	...	79
05/12/19	Libero Quotidiano	14 Prima palestra robotica per la cura dei pazienti	Maniaci Caterina	80
05/12/19	Libero Quotidiano	17 Ritocco nel mezzo del cammin	Mastromattei Daniela	82
05/12/19	Messaggero	17 Intervista a Carlo Cimbri - «Senza spinta alla crescita il welfare non reggerà più»	Barbieri Marco	84
05/12/19	Messaggero Dossier Mobilità' e 5G	15 Intervista ad Alberto Sanna - «Operazioni e cure giuste a distanza»	Arcovio Valentina	86
05/12/19	Stampa	13 Un milione di italiani costretti a migrare al Nord per curarsi - I migranti della salute a caccia di un letto Un milione di pazienti fuggono dal Sud Italia	Russo Paolo	88
05/12/19	Stampa	13 Intervista a Carlo Palermo - "Abbiamo tagliato 46mila professionisti L'urgenza è assumere nuovo personale"	...	90
CRONACA LOCALE				
05/12/19	Tirreno Pisa-Pontedera	1 Primaziale possibile svolta, Pacini al bivio dopo vent'anni - Si lavora alla svolta nella deputazione il presidente Pacini al bivio dopo 20 anni	Loi Francesco	91
05/12/19	Tirreno Pisa-Pontedera	3 «Tu sì, tu no» Anche all'asilo accesso assicurato ai bimbi (più) pisani	Venturini Carlo	94
05/12/19	Tirreno Pisa-Pontedera	13 Il comandante si difende e attacca giunta e sindaco - La verità di Migliorini: «Ho solo una colpa quella di non dire sì a richieste illegali»	Chiellini Sabrina	96
05/12/19	Nazione Pisa-Pontedera	7 Trapani sfida Zambito, nel Pd è derby zingarettiano	Gab.Mas.	98
05/12/19	Nazione Pisa-Pontedera	14 «Piano strutturale e paesaggistico: invito la comunità a partecipare»	...	99
POLITICHE SOCIALI				
05/12/19	Tirreno Pisa-Pontedera	15 "Capitan Giacomo trova il tesoro" il libro in vendita a Casciana	S.C.	100
05/12/19	Corriere Fiorentino	2 Niente crisi per il no profit. In Toscana cresce sempre - La Toscana no profit è più forte della crisi	Strorni Jacopo	101
05/12/19	Corriere Fiorentino	2 «Io, da 25 anni in giro per il mondo a prendere di petto le emergenze»	Passanese Antonio	103
05/12/19	Nazione Firenze	2 Gli sciacalli degli anziani	Conte Rossella	105
05/12/19	Nazione Firenze	3 Truffe agli anziani, allarme ignorato - Dati choc, ora è allarme	Conte Rossella	107
05/12/19	Nazione Pisa-Pontedera	9 «Inaccettabili insinuazioni»	...	110
RICERCA				
05/12/19	Corriere della Sera Salute	3 L'editoriale - Un argine al mercato della genetica su Internet	Ripamonti Luigi	111
05/12/19	Corriere della Sera Salute	10 Diabete. L'arrivo dei sensori che monitorano la glicemia senza pungere il dito - L'era del monitoraggio continuo della glicemia	Meli Elena	112
05/12/19	Corriere della Sera Salute	11 L'arrivo dei sensori è destinato a cambiare molti scenari	E.M.	115
05/12/19	Corriere della Sera Salute	18 Mario, la Sorbona e il robot aiuto-chirurgo	Corcella Ruggiero	117
05/12/19	Corriere della Sera Salute	27 Grandi attese dalle car-t ma è necessario realismo	Corradini Paolo	119
05/12/19	Corriere della Sera Salute	27 I tentativi a vuoto sui farmaci per l'Alzheimer	Vergani Carlo	121
05/12/19	Corriere della Sera Salute	28 Intervista a Michela Goffredo - Esoscheletri che aiutano i pazienti neurologici a recuperare i movimenti	Corcella Ruggiero	122

05/12/19	Repubblica	21	Arriva il farmaco anti diabete che si prende una volta a settimana	Dusi Elena	124
05/12/19	Resto del Carlino Bologna	7	«Sepsi, diagnosi precoce con il microchip per tutelare i pazienti»	...	125
05/12/19	Stampa	15	Svelato il gene che ci ha regalato un look gentile	Milano Gianna	126

05/12/19	Comunicazione agli Abbonati	1	Comunicazione agli abbonati	...	127

INCIDENTE SU UNA NAVE

Direttore di macchina ferito a una mano dallo scoppio del tubo

LIVORNO. Aveva iniziato a lavorare prima dell'alba, visto che la nave sarebbe partita in mattinata. Poi, all'improvviso, è scoppiato un tubo. Con il tappo che sarebbe schizzato velocissimo, colpendo la sua mano destra, rimasta gravemente ferita. Incidente sul lavoro alle 4.30 della notte fra martedì e ieri, con il direttore di macchina della nave chimichiera Valle di Nervion - 41 anni e originario dell'isola di Procida, in Campania - trasportato d'urgenza al pronto soccorso da un'ambulanza con il medico a bordo della Svs di via San Giovanni e poi trasferito prima a Cisanello, a Pisa, e poi al trauma center di Careggi, a Firenze.

Per fortuna il marittimo non rischierebbe l'amputazione dell'arto. Al vaglio la dinamica dell'incidente, su cui stanno indagando i militari della capitaneria di porto, subito intervenuti dopo l'allarme al 118 insieme al personale della sicurezza sul lavoro dell'Asl. La guardia costiera, per procedere, deve comunque attendere i primi referti dell'ospedale e capire al meglio l'ambiente di lavoro dove stava operando il quaran-

tunenne. Secondo quanto ricostruito il tappo, incandescente, oltre ad avergli schiacciato la mano destra, avrebbe anche provocato delle ustioni.

«L'ambulanza chiamata immediatamente ha impiegato circa mezz'ora prima di intervenire e non è certo colpa del personale sanitario - dichiarano **Patrizia Villa**, segreteria confederale Cgil per la provincia di Livorno con delega alla sicurezza e **Agostino Salza**, della segreteria Filt-Cgil provincia di Livorno - e chiediamo ancora una volta, come ormai da tempo immemore, che venga predisposto un punto di primo soccorso h24 in porto, anche in considerazione del traffico passeggeri e delle interferenze gravissime fra merci e passeggeri. Un presidio antincendio h24, data la presenza di tante attività ad alto rischio, come in ogni porto che si rispetti che voglia trasmettere sicurezza a chi ci transita. Ogni volta - concludono i sindacalisti - pare che la richiesta venga condivisa e ogni volta resta lettera morta, pare principalmente per problemi economici». —

S.T.



ALTOPASCIO

Grave operaio investito sulle strisce da un'auto

ALTOPASCIO. È ricoverato in gravi condizioni all'ospedale Cisanello di Pisa dopo essere stato investito da un'auto sulle strisce pedonali sul viale Europa ad Altopascio in prossimità del distributore di benzina Esso. Erano le 17,36 quando Giovanni Tempestini, 52 anni, di Prato assieme al collega Walter Parenti, 56 anni, di Vernio - dipendenti di un'impresa che stava lavorando nella zona per conto di una ditta altopascese - stava-

no attraversando la strada sull'attraversamento pedonale di viale Europa quando, per cause ancora in corso di accertamento, un'utilitaria Suzuki condotta da una donna di 57 anni li ha travolti. Tempestini nella caduta ha riportato un politrauma con lesioni alla testa e alla schiena ed è stato trasferito in codice rosso da un'ambulanza della Misericordia del Turchetto al pronto soccorso dell'ospedale di Cisanello. L'operaio,

che non ha mai perduto conoscenza, era un po' stordito e non riusciva a parlare ai soccorritori. Meno gravi le condizioni dell'altro pedone che cadendo ha riportato una lesione ad una gamba ed è stato accompagnato in codice giallo al pronto soccorso del San Luca da un'ambulanza della Misericordia di Camigliano - S. Gemma Galgani. Sul posto è andata una pattuglia della polizia municipale di Altopascio che ha effettuato i rilievi. L'automobilista, sotto choc e che si è fermata immediatamente, è stata sottoposta al necessario screening (alcoltest e altri esami) che è risultato negativo. Dopo gli accertamenti di rito è stata riaccompagnata a casa da un familiare. —



AMBIENTE E STORIE

Inquinamento nel Sin e veleni nella falda

«Mia figlia morta ad 11 anni per tumore»

Il racconto di una mamma a Uno Mattina: aveva un cancro alla testa, nella mia strada 4 famiglie su 6 sono state colpite

I protagonisti: non è provata la correlazione ma nei siti inquinati ci sono più patologie

Chiara Sillicani

MASSA. Le suona il telefono una mattina: è la scuola di sua figlia. Matilde sta male e mamma va a prenderla. Pensa ad un' influenza, ad un disturbo stagionale, invece no. Invece all'ospedale di Carrara le dicono che è meglio portare la piccola al Meyer e a Firenze la terribile notizia: Matilde, solo 11 anni, ha un glioblastoma multiforme, un tumore cerebrale letale. Raro nei bambini. I medici lo tolgono quel mostro nella testa di una bimba e per 19 mesi Matilde - racconta la sua mamma - combatte, poi «il 23 novembre del 2013 vola in cielo». La mamma, **Alessandra Del Bianco**, comincia una battaglia pacifica, impegnata in prima linea nell'associazione "Amici di Valerio" a sostegno del reparto di neuro-oncologia del Meyer.

E ieri Alessandra la storia della sua bambina la racconta in diretta tv, alle telecamere di Uno Mattina. La giornalista **Carlotta Ricci** sta realizzando un servizio sui siti inquinati in Italia e fa tappa ai piedi della Apuane. Ad accoglierla c'è il coordinamento dei comitati e delle associa-

zioni per le bonifiche e la depurazione. E c'è lei, Alessandra. Quarantaquattro anni, ha perso da 6 la sua Matilde: ha il coraggio di raccontare e l'onesta intellettuale di dire che «i medici una correlazione epidemiologica tra la malattia della piccola e l'inquinamento ambientale della zona in cui viviamo non l'hanno mai evidenziata. Però...». Perché un però esiste: «Il tumore che si è portato via la mia bambina colpisce spesso bimbi nelle zone ad elevato inquinamento. Questo lo so bene, mi è stato detto».

Alessandra - racconta ieri ad Uno Mattina - ha sempre vissuto a Carrara, da piccola ha abitato poco distante dalla Farmoplant, è cresciuta a Nazzano. Il tumore ha travolto la sua vita, portandosi via la piccola Matilde, ma ha segnato tutta la sua famiglia: «Ho un parente che sta combattendo con il cancro, ho avuto io stessa un melanoma tre anni fa, mio nonno è morto per un carcinoma polmonare. Nella mia strada, su sei famiglie, quattro sono state colpite da tumori». Il cancro arrivato a travolgere e distruggere esistenze. Quella di Alessandra, quella di **Ruxandra Geblescu**. Anche lei, ieri, partecipa alla diretta di Uno Mattina: ha appeso al collo un cartello arancione. E su quel cartello ha trascritto i risultati dello studio Sentieri, risultati che confermano un'elevata incidenza tumora-

le all'ombra delle Apuane. Più tumori e soprattutto più morti per cancro tra i giovani. Più leucemie nei bambini e nei giovanissimi, più malformazioni alla nascita.

Ruxandra vive a poca distanza dall'area Sin, è ambientalista della prima ora, la sua famiglia ha sostenuto, trent'anni fa, la battaglia per la chiusura della Farmoplant: «Ho visto morire per tumore - ci racconta a margine della diretta tv - mio marito, sua sorella, i suoi due figli. Io stessa mi sono curata a Pisa. E le bonifiche sono ferme, abbiamo combattuto contro la Farmoplant e adesso ricominciamo da capo». Anche Ruxandra spiega che una correlazione diretta ambiente-malattia i medici non l'hanno mai tracciata. Ed è proprio per poter evidenziare - nel caso ci sia - quella correlazione che il coordinamento per le bonifiche chiede l'istituzione dei registri tumori. Istituzione che sostiene a spada tratta anche l'Isde, l'associazione che riunisce i medici per l'ambiente e che una correlazione tumori inquinamento ambientale la vede eccome. Ieri, nello studio di Uno Mattina, c'è infatti **Ferdinando Laghi**, il presidente internazionale dell'associazione. E lui a spiegare che - stando ai dati dello studio Sentieri - ogni anno sono 1.500 le persone muoiono prematuramente perché vivono in zone inquinate». —

BY NC ND AL CUNTI DIRITTI RISERVATI



IL PUNTO**Depurazione,
l'avvocato valuta
le prossime mosse**

L'avvocato Francesco Petitti è membro della commissione nazionale sulla depurazione ed è lui che si sta occupando di fare il punto su fatture e depurazione per capire se, nel caso venissero accertate inefficienze negli impianti, sia possibile ottenere il rimborso per le spese pagate per il servizio depurazione negli anni passati.



Da sinistra Alessandra Del Bianco, la giornalista Carlotta Ricci, Francesco Petitti, Clara Gonnelli, Ersilia Mignani e Ruxandra Geblescu



Alessandra Del Bianco



Ruxandra Geblescu

PORTOFERRAIO

Dal ministero 160mila euro per la telemedicina all'Elba

L'ex responsabile della zona Elba Gianni Donigaglia ha avuto un ruolo chiave

Apprezzati i progetti dell'Asl per il teleconsulto pediatrico con il Meyer di Firenze e la rete regionale anti stroke per trattare infarti e ictus

PORTOFERRAIO. Il ministero della Salute investirà 160mila euro per i progetti di telemedicina per l'Elba e Capraia. A darne notizia è l'Asl Toscana Nord Ovest, che esprime soddisfazione per la comunicazione ricevuta dal ministero che, con una nota ufficiale inviata alla Regione, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto dall'azienda sanitaria per la realizzazione del progetto isole minori.

«Con lo schema di accordo – spiegano da Asl – il ministero della Salute ha destinato un budget di 160mila euro per l'esecuzione del progetto con lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse presenti nell'arcipelago in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti».

L'accordo è stato recepito dalla Regione Toscana con la delibera 1526 del 27 dicembre 2017, in cui è stato definito l'approccio attuativo del progetto, basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina: una rete regionale pediatrica tra il pronto soccorso dell'ospedale di Portoferraio e l'ospedale pediatrico Meyer; una rete regionale anti stroke tra il pronto soccorso di Portoferraio, quello di Livorno e l'azienda ospedaliero-universitaria pisana; una rete clinica programmata tra presidi sanitari territoriali e

centri specialistici ospedalieri.

«Questo lavoro – spiegano da Asl – è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl». Il referente scientifico del progetto per il Ministero della Salute, **Giovanna Giannetti**, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro.

«L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer – spiegano dall'Asl – Complessivamente da maggio 2019 a oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti servizi di *second opinion* e tele-refertazione per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) **l'ospedale di Cisanello** e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali aziendali». Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e «con la massima efficienza – aggiungono dall'azienda – dal team coordinato dal direttore dello staff del direttore generale **Alessandro Iala**, che si è avvalso come responsabile del progetto di **Riccardo Orsini** e della collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario **Francesco Bellomo** e l'ex responsabile di zona Elba **Gianni Donigaglia**».



Quando vite di successo diventano fiabe per dare ai piccoli il buon esempio

Medici, attori, registi, sportivi
Tutti pisani e tutti "famosi"
sono i personaggi di una collana
che insegna ai baby lettori
a credere nel proprio talento

PISA. Com'erano e che cosa volevano fare da piccoli il chirurgo **Franco Mosca**, il regista **Paolo Benvenuti**, l'attore **Paolo Conticini**, la ballerina **Daniela Maccari**, la scienziata **Maria Chiara Carrozza**, e ancora lo schermitore olimpico **Salvatore Sanzo**, il comico **Cristiano Militello**, l'attore **Renato Raimo**, e **Yvonne Tangheroni Ingabire**, oggi impegnata nella Caritas Internazionale?

Ce lo rivela la nuova collana di libri per bambini, "Bimbi Ganzì", presentata ieri mattina alle Officine Garibaldi, che ha come protagonisti proprio questi pisani illustri, di nascita o di adozione, e la loro infanzia da "bimbi ganzì".

Un progetto ambizioso, ideato e sviluppato dalla casa editrice pisana Elledibook Edizioni, in collaborazione con Confcommercio Provincia di Pisa, con il patrocinio del Comune di Pisa, della Camera di Commercio di Pisa e della Fondazione Arpa. Storie che raccontano ai lettori le vite esemplari dei "Bimbi Ganzì", bimbi in gamba, i loro primi anni di scuola, i sogni, le paure, le passioni, i giochi e le amicizie. Bambini che oggi sono "adulti ganzissimi", con attività di successo, che con la loro professione hanno dato lustro alla città di Pisa.

C'è chi come Paolo Conticini non sapeva cosa fare da grande «imbianchino, istruttore di palestra, pompiere» e poi è diventato un attore; chi come Paolo Benvenuti, dal sogno di essere capo degli spazini, è stato un pittore e poi «terrorizzato che i miei quadri finissero appesi nei salotti di qualche famiglia benestan-



L'INIZIATIVA EDITORIALE

te» ha intrapreso la carriera di regista. Chi, come Franco Mosca ha sempre voluto fare il dottore ed è diventato un chirurgo di fama internazionale «lavorando con serenità, in modo spontaneo e automatico»; chi come Renato Raimo, che è riuscito a conciliare università, «e la grande passione per la recitazione», e chi come Daniela Maccari «grazie al sostegno morale e materiale della mia famiglia» è diventata una famosissima ballerina. Tanti gli episodi, raccontati dagli stessi protagonisti pisani, sotto forma di storie per l'infanzia nelle pagine di «Bimbi Ganzi».

Volumi, di 32 pagine, in un format creato appositamente per agevolare la lettura ai più piccoli, primi destinatari dei libri, con illustrazioni, in gran parte realizzate da ex studenti del Liceo Artistico «L. Russoli» di Pisa e «E. Montale» di Pontedera. «Un'iniziativa di valore, per la levatura dei protagonisti delle storie – sottolinea l'assessore **Paolo Pesciatini** – e portatrice di valore, nella scelta di devolvere il ricavato in beneficenza, a testimonianza della spiccata sensibilità e attenzione della casa editrice verso il prossimo». L'editrice **Lucia De Benedittis**, ha scelto infatti di destinare i proventi delle vendite all'associazione pisana OraMamma che si occupa del benessere della donna in gravidanza e nel post-partum. «Abbiamo pensato di devolvere i proventi dei libri ad un'associazione con cui condividiamo valori e progetti – precisa De Benedittis – anche noi, come OraMamma, investiamo nell'infanzia e nel futuro dei bambini». Il progetto editoriale prevede la pubblicazione di due titoli entro il 2019 e altri già nel 2020. I volumi sono già reperibili dalla prossima settimana, nelle principali librerie ed edicole di Pisa e Provincia. —

Giulia Serni

 BY-NC-ND. ALCUNI DIRITTI RISERVATI



Alcuni dei "Bimbi Ganzi" diventati grandi e ora protagonisti della nuova collana

I volontari che ci hanno cambiato la vita

a cura di **Jacopo Storni**

Daniela

«Così sono diventata
presidente dell'associazione
che mi ha aiutato»

Daniela Cecconi è madre di due bambini nati prematuri. Nel 2002 ha avuto un parto gemellare alla trentunesima settimana. Il primo figlio, Vanni, è nato morto e la figlia Luna è rimasta ricoverata per 50 nel reparto di neonatologia dell'ospedale Santa Chiara di Pisa, tra i reparti di terapia intensiva e quello di sub intensiva. Daniela ricorda tutto di quel periodo traumatico in ospedale: «Conservo il ricordo della tristezza che mi assaliva nel vedere la gioia, i complimenti e i fiori che

ricevevano le
altre
madri.

Per

me, madre a metà, niente gioia, né complimenti né fiori ma un elenco di appuntamenti: con il tiralatte, per vedere mia figlia e per fare domande ai medici». L'hanno salvata i volontari dell'Apan, Associazione pisana amici del neonato nata nel febbraio del 2000 a opera di un gruppo di genitori, sostenuti

dal personale medico e infermieristico della Neonatologia dell'ospedale Santa Chiara di Pisa. Daniela ricorda il loro supporto, il sostegno psicologico nel momento più difficile della sua vita. Daniela fu ospitata nella casa alloggio «L'isola che c'è», dove specialisti e volontari prestano assistenza alle donne con parti prematuri. A loro Daniela deve tantissimo, tanto che oggi lei stessa è diventata volontaria, anzi di più, è la presidente dell'associazione Apan. «Per me questa casa è stata importantissima e oggi voglio restituire quello che ho avuto — spiega Daniela — Le madri ospiti hanno vitto, alloggio e assistenza totalmente gratuite. Dal 2000 a oggi la casa alloggio ha potuto ospitare circa duemila donne. La maggior parte di esse di provenienza toscana, ma non solo. Capita che il parto prematuro avvenga quando sono in vacanza o che siano donne migranti in transito per altre destinazioni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA





QUOTIDIANO DI INFORMAZIONE ONLINE DALL'ISOLA D'ELBA



L'essenza
del mare

HOME

CRONACA

POLITICA - ISTITUZIONI

SCIENZA - AMBIENTE

ARTE - CULTURA

EVENTI - SOCIETÀ

SPORT

CORSIVO

VIGNETTE

ALTRO

Caso della richiesta di ricovero in RSA di una paziente elbana - la risposta della US - 16:48 04.12.19

Segui Elbareport su:



Esaom Cesa

Cantieri Navali Portoferraio

NEGOZIO FORNITURE NAUTICHE



IL MINISTERO DELLA SALUTE APPROVA IL PROGETTO DI TELEMEDICINA PER LE ISOLE MINORI

Scritto da USL Toscana nord ovest
Mercoledì, 04 Dicembre 2019 15:04

Grande soddisfazione in Asl Toscana nord ovest per la comunicazione ricevuta dal Ministero della Salute che, con una nota ufficiale inviata alla Regione Toscana, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto dall'Azienda sanitaria per la realizzazione del progetto isole minori.

Con lo schema di accordo il Ministero della Salute ha destinato un budget di 160mila euro per l'esecuzione del progetto con lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse presenti nella piccola isola/arcipelago di piccole isole in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti.

L'accordo è stato recepito dalla Regione Toscana con la delibera 1526 del 27 dicembre 2017, in cui è stato definito l'approccio attuativo del progetto, basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina:

- rete Regionale Pediatrica Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio-Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer;
- rete Regionale Stroke: Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio – Pronto Soccorso dell'ospedale di Livorno/Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (Telestroke)
- rete Clinica Programmata: Presidi sanitari territoriali - Centri specialistici ospedalieri.

Questo lavoro è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl.

Il referente scientifico del progetto per il Ministero della Salute, Giovanna Giannetti, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro.

L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer.

Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di second opinion e teleferitazione per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) l'ospedale di Cisanello e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali aziendali.

Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e con la massima efficienza dal team coordinato dal direttore dello staff del Direttore Generale Alessandro Iala, che si è avvalso come responsabile del progetto di Riccardo Orsini e della stretta collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario Francesco Bellomo e l'ex responsabile di zona Elba Gianni Donigaglia.

dimensione font Stampa | Email | Commenta per primo!

Vota questo articolo (0 Voti)

Tweet

Social sharing:



RICERCA NEL SITO

COSA VUOI CERCARE?



M.V.D.

Portoferraio e Campo Nell'Elba

Tutto il bello di un'azienda elbana



ILTIRRENO.GELOCAL.IT

Medico indagato per una paziente morta a Cisanello

Assieme a lui tre colleghi dei reparti di pneumologia e neurologia dell'ospedale: si sospetta sia un caso legato al batterio New Delhi

P.B.

04 DICEMBRE 2019

Viareggio. Quattro medici dell'ospedale pisano di Cisanello, appartenenti alle unità operative di pneumologia e neurologia, sono indagati dalla Procura per il reato di omicidio colposo in relazione al decesso di una paziente avvenuto nei giorni scorsi in ospedale.

Stefania Usai, 78 anni, originaria di Cagliari e residente nel comune di Arborea (Oristano) è morta circa due settimane fa.

Lo stop alla sepoltura è stato chiesto dai familiari, che in attesa dell'ultimo saluto alla loro congiunta hanno chiesto alla magistratura di chiarire il decorso e le cause di una morte che i parenti non sanno spiegarsi.

Il sostituto procuratore Giancarlo Dominijanni ha affidato ieri mattina l'incarico per l'autopsia al medico legale David Forni.

I quattro medici, domiciliati su Pisa e uno residente a Viareggio, sono assistiti dagli avvocati Patrizio Pugliese (che ne difende due), Stefano Del Corso e Riccardo Carloni.

Il medico legale si è preso 60 giorni per depositare l'esito dell'autopsia sul corpo della pensionata, che a breve potrà essere restituito ai familiari per il funerale.

Gli indagati hanno nominato come consulenti i professori Luigi Papi e Marco Di Paolo.

La richiesta dei familiari, che non hanno nominato alcun legale, ma solo un consulente per assistere all'autopsia, è quella di accertare da parte della Procura se ci sono state negligenze nel corso del ricovero e delle cure della loro congiunta al punto da provocarne il decesso.

Le pensionata, con seri problemi di salute, era arrivata a Cisanello per un ricovero che avrebbe dovuto contribuire a risollevare un quadro clinico precario.

Tra le ipotesi avanzate, ma che solo l'autopsia sarà in grado di confermare, a incrinare lo stato di salute dell'anziana viene valutato anche il contagio del super batterio New Delhi, che nel policlinico pisano ha trovato un habitat prolifico.

Dal novembre 2018 allo stesso mese del 2019 sono stati isolati i batteri nel sangue di 139 pazienti, la maggior parte dei quali a Cisanello.



RISVEGLIA IL TUO ISTINTO

TECNOLOGIA SUZUKI 4x4
ALLGRIP

PRIMA RATA DA
GENNAIO 2020

Nanninni Auto
Via di Sottomonte, 281 - Lucca

ANNO 7° MERCOLEDÌ, 4 DICEMBRE 2019 - RECTE AGERE NIHIL TIMERE



LA GAZZETTA DI LUCCA

Giornale Politico - Artistico - Amministrativo - Letterario e Teatrale



Prima	Cronaca	Politica	Economia	Cultura	Piana	Sport	Confcommercio	Rubriche	interSVISTA	Brevi
Cecco a cena	L'evento	Enogastronomia	Sviluppo sostenibile	Formazione e Lavoro	Cuori in divisa	A.S. Lucchese				
Comics	Meteo	Cinema	Garfagnana	Viareggio	Massa e Carrara					



Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160 mila euro

mercoledì, 4 dicembre 2019, 18:48

Questo lavoro è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl.

Il referente scientifico del progetto per il Ministero della Salute, Giovanna Giannetti, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro.

L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer.

Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di *second opinion* e tele referral per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la referral degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) l'ospedale di Cisanello e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali aziendali.

Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e con la massima efficienza dal team coordinato dal direttore dello staff del Direttore Generale Alessandro Iala, che si è avvalso come responsabile del progetto di Riccardo Orsini e della stretta collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario Francesco Bellomo e l'ex responsabile di zona Elba Gianni Donigaglia.



IN REGIONE

Asl, dal Ministero 160mila euro per progetto di telemedicina

Apprezzamento per il progetto 'piccole minori'

di Redazione - 04 Dicembre 2019 - 15:18

Commenta Stampa Invia notizia 2 min

Più informazioni su

asl toscana nord ovest ministero della salute regione toscana telemedicina



Grande soddisfazione in **Asl Toscana nord ovest** per la comunicazione ricevuta dal Ministero della salute che, con una nota ufficiale inviata alla **Regione Toscana**, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto dall'Azienda sanitaria per la realizzazione del **progetto isole minori**.

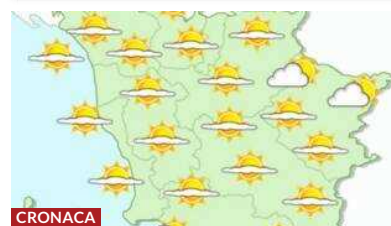
Con lo schema di accordo il Ministero della salute ha destinato un budget di 160mila euro per l'esecuzione del progetto con lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse presenti nella piccola isola/arcipelago di piccole isole in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti. L'accordo è stato recepito dalla Regione Toscana con la delibera 1526 del 27 dicembre 2017, in cui è stato definito l'approccio attuativo del progetto, basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina: rete regionale pediatrica pronto soccorso dell'ospedale di Portoferraio-Azienda ospedaliero-universitaria Meyer; rete regionale stroke: pronto soccorso dell'ospedale di Portoferraio – pronto soccorso dell'ospedale di Livorno/azienda ospedaliero-universitaria pisana (telestroke); rete clinica programmata: presidi sanitari territoriali – centri specialistici ospedalieri. Questo lavoro è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl.

Il referente scientifico del progetto per il Ministero della salute, **Giovanna Giannetti**, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro. L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer. Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di *second opinion* e telerefertazione per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) l'ospedale di Cisanello e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali

LUmeteo Previsioni

Lucca 13°C 4°C

GUARDA IL METEO DELLA TUA CITTÀ



CRONACA
Due giorni di cieli sereni, sabato torna la pioggia **previsioni**

Commenta

aziendali. Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e con la massima efficienza dal team coordinato dal direttore dello staff del direttore generale **Alessandro Iala**, che si è avvalso come responsabile del progetto di **Riccardo Orsini** e della stretta collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario **Francesco Bellomo** e l'ex responsabile di zona Elba **Gianni Donigaglia**.

Più informazioni su

[asl toscana nord ovest](#)

[ministero della salute](#)

[regione toscana](#)

[telemedicina](#)



Continue with **Facebook**

COMMENTI

Accedi o registrati per commentare questo articolo.

L'email è richiesta ma non verrà mostrata ai visitatori. Il contenuto di questo commento esprime il pensiero dell'autore e non rappresenta la linea editoriale di Lucca in Diretta, che rimane autonoma e indipendente. I messaggi inclusi nei commenti non sono testi giornalistici, ma post inviati dai singoli lettori che possono essere automaticamente pubblicati senza filtro preventivo. I commenti che includano uno o più link a siti esterni verranno rimossi in automatico dal sistema.

DALLA HOME



CRONACA

Multe, nel 2020 previsti introiti per 3 milioni



SCUOLA

Nuovi impianti sportivi al liceo Vallisneri



ENOGASTRONOMIA

Desco 2019, al Carmine l'evento sulle birre artigianali



CENTRO E MOVIDA

Via del Fosso come i Navigli, Concommercio rilancia

Lucca in Diretta

[Invia notizia](#)

[Facebook](#)

[Twitter](#)

[Contatti](#)

[Pubblicità](#)

Canali Tematici

Home
Cronaca
Politica
Dalla Città
Aziende
Cultura e Spettacoli
Sociale
Sport
Regione

Sport

Calcio
Basket
Pallavolo
Atletica e Podismo
Rugby
Altri sport

Città

Altopascio
Capannori
Garfagnana
Lucca
Massarosa
Mediavalle
Montecarlo
Porcari
Versilia
Viareggio
Villa Basilica
Tutti i comuni

WebTV

Home
Altre News
Cronaca
Eventi
Sport

Photogallery

Home
Altre News
Cronaca
Eventi
Sport

Lucca in Diretta

Copyright © 2012 - 2019 - Testata Associata Anso Ventuno Srl
Tel. +39 346 6194740 - redazione@luccaindiretta.it
Registrato presso Tribunale di Lucca N° 946/2012
Direttore responsabile: Enrico Pace
Partita IVA: 02391180466

Partner

PressComm Tech Network

Info e contatti

Redazione
[Invia notizia](#)
[Segnala evento](#)
[Informativa Cookie](#)
[Impostazioni Cookie](#)
[Privacy](#)

L'INCIDENTE

**Investiti sulle strisce
Grave un 50enne**

Secondo incidente in poche ore ad Altopascio, intorno alle 18 sul viale Europa. Due professionisti di Prato, 50enni, sono stati travolti da una Suzuki guidata da una ragazza, mentre attraversavano sulle strisce. Uno dei due feriti, il più grave, ha riportato un politrauma ed è stato portato in codice rosso all'ospedale di Cisanello a Pisa, l'altro al San Luca.



Link: <http://www.tenews.it/giornale/2019/12/04/il-ministero-della-salute-approva-il-progetto-di-telemedicina-di-asl-toscana-nord-ovest-per-un-finanziamento-di-160mila-euro-80508/>

COLLEGAMENTI UTILI

Orari Traghetti

Eventi Elba

Emergenze

Banche/Bancomat

Guardia medica

Veterinari

Testata registrata al tribunale di Livorno n.18/04 del 19/10/04

Cerca su Tenews.it

COLLEGAMENTI UTILI

Orari Traghetti

Eventi Elba

Emergenze

Banche/Bancomat

Guardia medica

Veterinari

ACQUA DELL'ELBA

www.tenews.it

NEWS
Tirreno Elba

L'essenza del mare

Home

Chi siamo

La GazzElba dello Sport

Bacheca

Arretrati

Guida TV

Archivio video

Isola d'Elba

mercoledì 4 dicembre 2019 - 20:28

BRICOOK
CAPOLIVERI

CLICCA QUI PER SFOGLIARE IL CATALOGO

LOC. MOLA, CAPOLIVERI
Tel. 0565 968363
capoliveri@bricook.it

Tutto il calore di cui hai bisogno
Vasta gamma di prodotti per il riscaldamento

BRICOOK
CAPOLIVERI

CLICCA QUI PER SFOGLIARE IL CATALOGO

LOC. MOLA, CAPOLIVERI
Tel. 0565 968363
capoliveri@bricook.it

Tutto il calore di cui hai bisogno
Vasta gamma di prodotti per il riscaldamento

ISOLA MINORI

Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160mila euro

Di Usl Toscana nord ovest

[Indietro](#) [Condividi](#)

foto dell'archivio

Grande soddisfazione in Asl Toscana nord ovest per la comunicazione ricevuta dal Ministero della Salute che, con una nota ufficiale inviata alla Regione Toscana, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto dall'Azienda sanitaria per la realizzazione del **progetto isole minori**.

Con lo schema di accordo il Ministero della Salute ha destinato un budget di 160mila euro per l'esecuzione del progetto con lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse presenti nella piccola isola/arcipelago di piccole isole in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti.

L'accordo è stato recepito dalla Regione Toscana con la delibera 1526 del 27 dicembre 2017, in cui è stato definito l'approccio attuativo del progetto, basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina:

- rete Regionale Pediatrica Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio-Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer;
- rete Regionale Stroke: Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio – Pronto Soccorso dell'ospedale di Livorno/Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (Telestroke)
- rete Clinica Programmata: Presidi sanitari territoriali - Centri specialistici ospedalieri.

Questo lavoro è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl.

Il referente scientifico del progetto per il Ministero della Salute, **Giovanna Giannetti**, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso

Elba Bevande
Loc. Concia di Terra - PORTOFERRAIO
Tel. 0565 915058
info@elbabevande.it
www.elbabevande.it

Elba Bevande
Loc. Concia di Terra - PORTOFERRAIO
Tel. 0565 915058
info@elbabevande.it
www.elbabevande.it

L&R TRASPORTI
CORRIERE DELL'ELBA
Via A. Moro, 10 - Portoferraio - 57037 (LI)

L&R TRASPORTI
CORRIERE DELL'ELBA
Via A. Moro, 10 - Portoferraio - 57037 (LI)

Spinnaker
Your provider for Internet Communications WiFi
La migliore copertura Internet su tutta l'Isola d'Elba.

Spinnaker
Your provider for Internet Communications WiFi
La migliore copertura Internet su tutta l'Isola d'Elba.

GLI ARTICOLI PIÙ LETTI

[Scoperta dai Finanziari della sezione operativa navale di Portoferraio](#)

[Risposta alle osservazioni di Giovanni Muti sulle manifestazioni di sabato](#)

[L'Amministrazione Comunale di Campo nell'Elba sta riflettendo](#)

[Salvini, i problemi degli elbani e il "seghismo di sinistra"](#)

["Scusi Sig. Muti...ma cos'è il "seghismo di sinistra"?"](#)

Via Carpani Portoferraio 0565 915485

Via Carpani Portoferraio 0565 915485

TELEGIORNALE

VIDEOSERVIZI

RUBRICHE

LE BELLEZZE DEL TERRITORIO

SPECIALI

POLITICA

CONCORSO FOTOGRAFICO

cla@docalgroupp.com

TELEGIORNALE

VIDEOSERVIZI

RUBRICHE

LE BELLEZZE DEL TERRITORIO

SPECIALI

POLITICA

CONCORSO FOTOGRAFICO

docla@docalgroupp.com

ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro.

L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer.

Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di second opinion e telerefertazione per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) l'ospedale di Cisanello e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali aziendali.

Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e con la massima efficienza dal team coordinato dal direttore dello staff del Direttore Generale **Alessandro Iala**, che si è avvalso come responsabile del progetto di **Riccardo Orsini** e della stretta collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario **Francesco Bellomo** e l'ex responsabile di zona Elba **Gianni Donigaglia**.

[Indietro](#)

mercoledì 4 dicembre 2019 @ 18:48

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Commenta l'articolo

Attenzione: i commenti sono soggetti a moderazione. Un moderatore deve approvare il commento inserito prima che esso venga visualizzato.

E' necessario abilitare javascript nel browser per [commentare la notizia](#).

LABORATORIO
RIPARAZIONI ELETTRONICHE



Tel. 0565. 930500
lre@teletu.it

LABORATORIO
RIPARAZIONI ELETTRONICHE



Tel. 0565. 930500
lre@teletu.it

BRICCOOK
CAPOLIVERI

ORARIO APERTURA

LUNEDI/SABATO: 8:30 - 20:00 orario continuato
DOMENICA: 9:30 - 13:00 / 15:00 - 20:00

[f](#) CLICCA QUI PER VISITARE LA PAGINA FACEBOOK

LOC. MOLA

Tel. 0565 968363 - capoliveri@briccook.it

BRICCOOK
CAPOLIVERI

ORARIO APERTURA

LUNEDI/SABATO: 8:30 - 20:00 orario continuato
DOMENICA: 9:30 - 13:00 / 15:00 - 20:00

[f](#) CLICCA QUI PER VISITARE LA PAGINA FACEBOOK

LOC. MOLA

Tel. 0565 968363 - capoliveri@briccook.it

AGENZIA



IMMOBILIARE

Cell. +39 349 0959724
Tel. +39 0565 919819

AGENZIA



IMMOBILIARE

Cell. +39 349 0959724
Tel. +39 0565 919819

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 Usi 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](#) > Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160mila euro

Il Ministero della Salute approva il progetto di telemedicina di Asl Toscana nord ovest per un finanziamento di 160mila euro

Pisa, 4 dicembre 2019 - Grande soddisfazione in Asl Toscana nord ovest per la comunicazione ricevuta dal Ministero della Salute che, con una nota ufficiale inviata alla Regione Toscana, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto dall'Azienda sanitaria per la realizzazione del **progetto isole minori**.

Con lo schema di accordo il Ministero della Salute ha destinato un budget di 160mila euro per l'esecuzione del progetto con lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse presenti nella piccola isola/arcipelago di piccole isole in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti.

L'accordo è stato recepito dalla Regione Toscana con la delibera 1526 del 27 dicembre 2017, in cui è stato definito l'approccio attuativo del progetto, basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina:

- rete Regionale Pediatrica Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio-Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer;
- rete Regionale Stroke: Pronto Soccorso dell'ospedale di Portoferraio – Pronto Soccorso dell'ospedale di Livorno/Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana (Telestroke)
- rete Clinica Programmata: Presidi sanitari territoriali - Centri specialistici ospedalieri.

Questo lavoro è iniziato circa un anno fa e, dopo una prima fase amministrativa, ha visto il progressivo dispiegamento dei sistemi di telemedicina all'interno del territorio dell'Asl.

Il referente scientifico del progetto per il Ministero della Salute, **Giovanna Giannetti**, ha espresso parere positivo rispetto al rapporto finale presentando per il progetto, autorizzando quindi il rimborso ministeriale per le spese sostenute, pari appunto a 160mila euro.

L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi e funzionanti tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer.

Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di telemedicina, telemonitoraggio e teleconsulenza per Volterra, Pontedera, Livorno, Portoferraio, Isola di Capraia; sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di *second opinion* e teleferitazione per la rete dell'infarto, per la rete ictus e per la refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici che hanno come HUB (centro, fulcro) l'ospedale di Cisanello e quello di Livorno e che collegano tutti gli ospedali aziendali.

Un lavoro complesso ma portato a termine in tempi rapidi e con la massima efficienza dal team coordinato dal direttore dello staff del Direttore Generale **Alessandro Iala**, che si è avvalso come responsabile del progetto di **Riccardo Orsini** e della stretta collaborazione di referenti clinici quali l'attuale direttore dello staff sanitario **Francesco Bellomo** e l'ex responsabile di zona Elba **Gianni Donigaglia**.

(sdg)

Like 0 Twitter

Come fare per

Guida ai servizi

Modulistica

Notizie

Agenda

Farmaceutica

Lucca

Massa

Pisa

Livorno

Versilia

Tutte le news

Puoi seguirci anche su [f](#) [t](#)



Parte dalla Toscana

Campagna contro la morte in culla

Una campagna di sensibilizzazione e informazione per ridurre il rischio di morte in culla, la cosiddetta Sids (acronimo di Sudden Infant Death Syndrome): parte dalla Toscana il test sulle regole della nanna sicura ideato dall'associazione Semi per la Sids.



IN BREVE

New Delhi

Saliti a 143 i pazienti colpiti dal superbatterio

È salito a 143, da novembre 2018, il numero dei pazienti in Toscana nel cui sangue è stato isolato il super batterio New Delhi. È il dato, aggiornato al 2 dicembre, diffuso dall'Agenzia regionale di sanità. Riguardo alla mortalità l'Agenzia spiega che «i casi sono risultati letali nel 33% dei pazienti».



LA POLEMICA FERRARI-ASL

Casani al sindaco: «Per gli incontri deve rivolgersi ai dirigenti locali»

PIOMBINO. La direttrice generale della Usl **Maria Letizia Casani** replica alle critiche del sindaco **Francesco Ferrari**, che sostiene di aver invitato la dirigente in commissione a Piombino per discutere di Villamarina, ricevendo però un diniego. Casani precisa che l'invito a partecipare alla commissione comunale per parlare della situazione della sanità delle Valli Etrusche è arrivato alle 13.09 di martedì 3 dicembre e che, come avviene per gli altri ambiti territoriali, nella stessa giornata sono stati inviati i nominativi dei responsabili territoriali dell'Asl (la direttrice di zona **Donatella Pagliacci**, la responsabile del presidio **Giovanna Poliseo**, il referente dello stabilimento ospedaliero **Irio Galli**) che avrebbero partecipato all'incontro e che hanno pieno titolo ad affrontare tali questioni. La direttrice aggiunge che «nel territorio della nostra Azienda sanitaria – evidenzia Casani – ci sono 107 amministrazioni comunali e, pur convenendo sull'importanza delle commissioni consiliari, per me è oggettivamente impossibile prendere parte alle singole sedute. Sono comunque sempre disponibile, come penso di aver dimostrato già in più occasioni al sindaco Ferrari e agli altri amministratori, per chiarimenti ed approfondimenti sull'organizzazione sanitaria nei territori». «Nella zona delle Valli Etrusche sono state intanto portate avanti le fasi previste dal progetto di sviluppo dei servizi socio-sanitari, elaborato di concerto con le organizzazioni sindacali e con gli amministratori dei diversi comuni».

«In particolare – prosegue – stiamo lavorando con la Regione e con la stessa amministrazione comunale al progetto di rafforzamento del territorio e delle attività dirette. Lo dimostra l'aumento consistente in questo 2019 dell'attività consultoriale e materno- infantile». Casani non fa cenno al taglio del punto nascita a Villamarina, ma è convinta che l'attività di rete sul territorio sia un grosso passo in avanti. «Il consultorio di Piombino è passato dall'apertura per due pomeriggi a settimana all'apertura per 12 ore da lunedì al venerdì e 6 ore di sabato e con la presenza del ginecologo per

**«Nella nostra Usl
ci sono 107 Comuni
E comunque stiamo
facendo passi avanti»**

4 volte alla settimana. Incrementata anche l'attività dei consultori secondari di San Vincenzo (da una volta alla settimana solo con l'ostetrica ad una seduta con ginecologo e due con l'ostetrica), e di Venturina (da una volta alla settimana solo con l'ostetrica e una seduta con ginecologo e tre con l'ostetrica)». «Sono state inoltre attivate visite domiciliari alle puerpere, un corso di movimento in gravidanza, attività di massaggio neonatale ed incontri "piccole pance" (gestanti all'inizio del 2° trimestre). Sono inoltre stati sviluppati: spazi mamma, gruppi allattamento, corsi di accompagnamento alla nascita e attività di routine». —



Fibromialgia, nuovo percorso

Un percorso assistenziale regionale per la presa in carico delle persone con sindrome fibromialgica. È stato approvato con una delibera dell'assessore Saccardi. La delibera dà indirizzi alle aziende sanitarie perché sia assicurata la presa in carico multidisciplinare.



Il progetto regionale Fondi per obesità e sviluppo

Al via in Toscana un progetto per la prevenzione di sovrappeso e obesità nei bambini. E un altro per individuare precocemente eventuali disturbi dello sviluppo della comunicazione. La Regione Toscana li finanzia per il 2019 con 530.000 euro.



OSPEDALE

Tempi ridotti per operarsi al Versilia ma non per tutti

Si accorciano le liste d'attesa, restano difficoltà per otorino, ortopedia, oculistica e ginecologia

Si aspetta di meno per finire in sala operatoria al Versilia. Lo dicono gli ultimi dati sui tempi degli interventi chirurgici, che mostrano un miglioramento generale. Ma, a seconda

dell'intervento che si deve fare, si registrano ancora disagi per centinaia di pazienti. Il segno positivo è evidente per chirurgia generale, senologia, urologia. **TUCCINI/INCRONACA**

OSPEDALE

Ridotti i tempi per gli interventi chirurgici Ma per 300 pazienti è ancora un'odissea

Duemila persone in lista d'attesa: ci sono miglioramenti. Restano difficoltà su otorino, oculistica, ortopedia e ginecologia

Matteo Tuccini

VIAREGGIO. Si aspetta di meno per finire in sala operatoria al Versilia. Lo dicono gli ultimi dati sui tempi d'attesa degli interventi chirurgici, che mostrano un miglioramento generale. Ma, a seconda dell'intervento che si deve fare, si registrano ancora disagi per centinaia di pazienti.

Il segno positivo è evidente per alcune specialistiche: chirurgia generale, senologia, urologia. Ma in altre branche della sanità versiliese si fa ancora fatica. Peggiorano i tempi d'attesa chirurgici in otorinolaringoiatria e in parte per oculistica, ortopedia e ginecologia.

I dati sono stati mostrati alcuni mesi fa dall'Asl ai sindaci versiliesi e sono diventati pubblici in questi giorni. Il raffronto è tra il novembre del 2018, quindi un anno fa,

e le ultime statistiche disponibili del 2019, risalenti al mese di luglio. Quando c'erano 2.000 persone in lista d'attesa per sottoporsi a un'operazione al Versilia.

In media si aspettano 97 giorni, cioè tre mesi: è il limite standard per un intervento non urgente e programmato. Significa che nel suo complesso l'ospedale è promosso. Anche il numero di pazienti che aspettano oltre sei mesi è in diminuzione: un anno fa erano 390, nel luglio scorso erano 295. Resta una quantità rilevante di persone per cui l'attesa è molto lunga, oltre il consentito.

A cosa è dovuto questo miglioramento delle performance? Ad un aumento dell'attività di circa il 6% per quanto riguarda il numero degli interventi chirurgici ordinari. Tra l'altro, già nel 2018 c'era stato un incremen-

to rispetto al 2017. Segno che l'Asl e i chirurghi si sono posti l'obiettivo di aumentare l'offerta. Ma la domanda è tutt'altro che in calo, come si vede dal numero delle persone che sono in lista d'attesa. Che restano 2.000, non poche.

Non a caso si continuano a registrare difficoltà. In chirurgia generale, in senologia e in ortopedia i tempi d'attesa calano rispetto al 2018, ma servono comunque quattro mesi o più per finire sotto i ferri. In ortopedia aumentano anche i pazienti che devo-



no attendere oltre 6 mesi: sono 122. Va detto che questa specialistica, assieme ad urologia e chirurgia generale, è quella che lavora di più: normale che qualche intasamento del calendario possa esserci.

I problemi maggiori restano su otorino, dove tutti gli indicatori sono in peggioramento; su oculistica, dove si passa da 330 a 383 pazienti in lista d'attesa; su ginecologia, dove le persone in lista aumentano da 132 a 145. Si tratta di specialistiche che hanno carenza di medici; non a caso anche le visite ambulatoriali ginecologiche ed oculistiche segnano l'allarme rosso. Per ovviare al problema l'Asl si è accordata con alcuni oculisti esterni, che faranno visite in convenzione. In ginecologia, come scritto pochi giorni fa dal *Tirreno*, la soluzione al momento non c'è: nuovi medici non si trovano. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI

OPERAZIONI CHIRURGICHE: I TEMPI DI ATTESA AL VERSILIA

SPECIALIZZAZIONI	Pazienti in lista di attesa		Giorni medi di attesa		Pazienti che aspettano più di sei mesi	
	Novembre 2018	Luglio 2019	Novembre 2018	Luglio 2019	Novembre 2018	Luglio 2019
Chirurgia generale	518	415	129	120	113	78
Senologia	137	137	212	140	45	36
Oculistica	330	383	101	46	50	18
Ortopedia	633	526	139	126	116	122
Ostetricia e ginecologia	132	145	51	48	0	0
Otorino	62	77	58	100	3	14
Urologia	328	306	89	84	44	26
Altre specialistiche	34	12	Non disp.	Non disp.	19	1
TOTALE OSPEDALE	2.174	2.001	138	97	390	295

In rosso i dati negativi - Fonte: Asl Toscana Nordovest



Cgil, Cobas e gli ospedali «Mancano infermieri, siamo sotto i livelli di assistenza minima»

L'allarme

«A Ponte a Niccheri
la situazione più
grave e ora arriva
l'influenza»

Un mese fa era partito l'allarme sulla carenza di infermieri e operatori sanitari (oss). Ora gli ospedali dell'Asl Toscana Centro «sono nel caos». A dirlo, sono Cgil e Cobas che lamentano il mancato ingresso di 126 infermieri e 90 (oss), previsti nel piano del turn over, ovvero per la sostituzione di chi va in pensione, «per la fine del 2019». «Di oltre 200 ingressi, al momento è previsto una ventina di nuovi assunti, e solo da gennaio — dice Simone Baldacci, di Cgil — Il problema riguarda tutta l'Asl, compresi Torregalli, Santa Maria Nuova e, soprattutto, Ponte a Niccheri». All'ospedale di Bagno a Ripoli, martedì si è tenuta un'infuocata assemblea con i sindacati che hanno dichiarato lo stato di agitazione: «A causa delle gravissime carenze di personale siamo sotto il limite dei minimi

essenziali —
dicono Cgil e
Cobas, che
hanno scritto
all'Asl — solo
nell'area medica
(i reparti di
medicina A/D e
B/C, ndr)
mancano a

tutt'oggi 4 infermieri e 4 oss per l'ordinario». I lavoratori denunciano di essere richiamati dalle ferie, obbligati a continui straordinari. «Ma alcuni turni degli oss sono rimasti scoperti», dice Baldacci. Di notte, raccontano i sindacati, sono gli stessi infermieri a doversi sostituire agli oss per «lo svolgimento di funzioni alberghiere e igiene dei pazienti, impedendo così di erogare l'assistenza infermieristica nei tempi congrui». I timori dei lavoratori, che minacciano la mobilitazione in tutta l'Asl se prima dell'assemblea dell'11 dicembre, non ci saranno risposte, riguardano l'imminente arrivo del picco influenzale che mette alle corde il sistema sanitario anche quando non è «sotto organico». Da Estar, che sta curando il concorso per le assunzioni, spiegano che la nuova graduatoria sarà pronta a marzo 2020, come previsto da mesi. Nel frattempo i sindacati auspicano che l'Asl copra i posti scoperti tramite le graduatorie a tempo determinato.

Giulio Gori



TUTTATOSCANA

Regione

Bimbi morti in culla,
test per ridurre i rischi

Un vademecum per la nanna sicura, per imparare come far dormire i neonati riducendo al minimo i rischi. Lo ha presentato ieri la Regione che, in collaborazione con l'ospedale pediatrico Meyer e con l'associazione «Semi per la Sids onlus», vuole cercare di ridurre il rischio di morti in culla. L'infogame è disponibile online ed è un questionario di dodici domande, con tanto di indicazione degli errori e delle risposte corrette: il neonato deve dormire a pancia in su, sopra un materasso rigido, nella stanza con i genitori, non deve essere esposto al fumo passivo, né dormire con i pelouche. Ed è meglio se viene allattato al seno. L'infogame è disponibile sul sito web di «Semi per la Sids». (G.G.)



Pochi infermieri a Medicina Ponte a Niccheri, scatta la protesta

Rsu sul piede di guerra per la carenza di personale: proclamato lo stato d'agitazione
L'11 assemblea dei lavoratori
BAGNO A RIPOLI
di **Manuela Plastina**

Infermieri e operatori dei reparti di medicina di Ponte a Niccheri sul piede di guerra: proclamato lo stato di agitazione interrompendo straordinari, produttività aggiuntive e rientri. La situazione al S. Maria Annunziata, lamentano i delegati rsu Simone Baldacci e Juri Geri (Cgil) e Andrea Calò e Simone Crinelli (Cobas), è insostenibile. «La carenza di personale è al limite: nell'area medica mancano 4 infermieri e 4 operatori sociosanitari. Il numero di rientri e straordinari è impressionante, con lavoratori in forte stress con relativo rischio clinico per i pazienti». Non viene mai attivato il turno di notte degli operatori, denunciano i sindacalisti: «La loro presenza garantirebbe lo svolgimento delle funzioni alberghiere, di igiene e della persona, superando il demansionamento cui sono costretti gli infermieri che, per svolgere un lavoro non loro, non riescono a erogare l'assistenza infermieristica in tempi congrui». Inoltre, «le maternità, i congedi parentali, le lunghe malattie, le assenze per la legge 104, non vengono coperti. Non sono garantiti i livelli minimi essenziali, la qualità dell'assistenza e la sicurezza dei lavoratori». Allo stato di agitazione delle medicine, si aggiunge la protesta delle linee chirurgiche di urgenze e elezione: «Se non avremo risposte – minaccia la rsu – scatterà la mobilitazione dei lavoratori di tutta la Asl Toscana Centro».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Andrea Calò (rsu Cobas) durante una riunione sindacale a Santa Maria Annunziata



Personale Asl, la battaglia prosegue

La Cgil: «Incertezza e carenza le parole chiave». Marrini (Forza Italia): «Riorganizzazione insufficiente»

GROSSETO

Mancanza di personale all'ospedale Misericordia. Che è il nodo, ormai, sul quale stanno battagliando i sindacati e la Asl. «Abbiamo più volte sollevato il tema della mancanza di personale e più volte abbiamo cercato soluzioni, ben conoscendo i problemi legati alla necessità, cronica, di contenere le spese – inizia la lettera scritta dalla Cgil al direttore della Asl Sud Est Antonio D'Urso - Ad oggi però la situazione continua a degenerare ed il senso di rassegnazione mista a rabbia è ormai diffuso nel personale. C'è qualcosa che non funziona. Siamo al «tutti fanno tutto»; spesso un infermiere cambia «casacca» a seconda del giorno. Un giorno ferrista, un giorno gessista, un giorno

triagista. E cambia umore, in maniera indotta, ogni giorno. Una volta sa di poter andare in ferie, il giorno dopo è incerto; il terzo giorno gli vengono negate. Stesso discorso vale per i tecnici sanitari, o per il personale tecnico/amministrativo, ai quali, nei corridoi, tutti i giorni viene raccontata una nuova versione sul proprio futuro. Incertezza. Questa è l'altra parola chiave, oltre a carenza». Secondo la Cgil «non c'è il rispetto come professionisti e individui che non possono essere 'sballottati' a destra e manca in base all'emergenza del giorno». All'azienda risponde anche la politica. «Dopo aver letto la risposta dell'Asl, ritorniamo ancora sull'attuale problema della sanità sollecitato da tanti cittadini. È innegabile che le risorse infermieristiche ed Oss del Misericordia sono netta-

mente insufficienti. Riteniamo che il piano varato fin'ora dal dipartimento infermieristico presenti le caratteristiche di un solenne fiasco». Inizia così il coordinatore provinciale di Forza Italia, Sandro Marrini. «Il piano – prosegue – è uscito tardi dopo aver tenuto paralizzato il turn over infermieristico per anni, è costato cifre elevate (si dice a sei zeri), ha creato incarichi, ma non ha assunto il personale che



lavora in prima linea. Magari si potevano acquisire più infermieri limitando le promozioni da dare a quelli meritevoli sul campo. Sul piano degli Oss la situazione è allo stesso modo estremamente precaria: sono in numero insufficiente per le necessità e spesso vengono anche essi impiegati in ruoli diversi come per i 'trasporti' e sottratti pertanto all'assistenza e cura delle persone. In particolare nei pronto soccorso, così come nelle sale operatorie e nelle corsie dove i contingenti necessari di infermieri ed Oss vanno garantiti, non si può ricorrere alla pratica costante del richiamo in servizio sottraendo sistematicamente agli operatori il giorno di riposo previsto dal contratto, ledendo così i diritti sacrosanti dei lavoratori. Inoltre vengono sacrificati o comunque lesionati in modo pesante progetti innovativi e di alta professionalità infermieristica come il 'see and treat' che a Grosseto rappresenta una punta di eccellenza che, proprio per la cronica mancanza di personale, viene purtroppo penalizzato». Poi chiude: «Noi come Forza Italia ribadiamo la necessità non più eludibile di procedere celermente e senza rimpalli di responsabilità a rapide soluzioni, anche tampone, come l'assunzione di personale interinale o altre forme di incentivazione, in attesa di quelle definitive per potenziare il personale del Misericordia».



Sandro Marrini
coordinatore provinciale
di Forza Italia



L'OPINIONE

**Rossi (Fdl) accusa
«Adesso basta»**

«Circa tre mesi fa denunciavamo la situazione in cui era costretto a lavorare il personale infermieristico e Oss, per non parlare anche dei medici, del Pronto Soccorso del Misericordia di Grosseto». Lo dice il portavoce provinciale di Fratelli d'Italia, Fabrizio Rossi (nella foto) riguardo al metodo 'See and Treat' adottato nel pronto soccorso, che avrebbe dovuto portare a un potenziamento in termini numerici del personale infermieristico e Oss. «Una dirigenza locale che con l'avallo della rossa Regione Toscana – commenta Fabrizio Rossi – che con le sue ponderazioni statistiche e medie sugli standard lavorativi continua a fare analisi e studi, dai quali sembrerebbe far scaturire che tutto va bene nel pronto soccorso, quando invece è sotto gli occhi di tutti che nulla è cambiato. Personale – prosegue – che ancora oggi si trova a lavorare in turni massacranti, ai limiti del collasso. Adesso basta».



Niente prelievi al Petruccioli, scoppia la polemica Mastracca: «C'è stato un problema amministrativo» Vanni: «Gli organici sono ridotti ai minimi termini»

PITIGLIANO

Niente prelievi ieri all'ospedale Petruccioli di Pitigliano. «L'ambulatorio di analisi è rimasto chiuso a causa di un problema amministrativo. È una situazione che non deve ripetersi». Commenta così il vicesindaco e assessore alla sanità Paolo Mastracca. «Il Comune di Pitigliano è attento e vigile sul funzionamento delle strutture sanitarie e, in questi anni, il nostro intransigente impegno è stato premiato con una crescita e valorizzazione costante dei servizi forniti dalla Asl alla comunità». «La Asl - prosegue il vicesindaco - è tornata a credere e a investire sul nostro territorio, dopo anni di continui tagli, subiti dalla popolazione. Proprio per questo motivo anche un fermo amministrativo al servizio di analisi non è da noi giustificato e rischia di creare un danno di credibilità ben più ampio dell'episodio in sé stesso». «Il punto prelievi non ha funzionato, salvo che per i diabetici, per la assenza sembra prevista, di una addetta - aggiunge Pierandrea Vanni, sindaco di Sorano - ma credo che possa succedere. Ma non in un ospedale. A Pitigliano il personale amministrativo, fra pensionamenti e cause di forza maggiore, è ormai ridotto ai minimi termini». Secondo Vanni «serve urgentemente almeno personale interinale».



La Casani sulla commissione: «Non riesco a partecipare a tutte»

La direttrice generale
dell'Asl ricorda:
«Ho 107 amministrazioni»

PIOMBINO

«**Nel territorio** della nostra Asl – afferma la direttrice generale Maria Letizia Casani – ci sono 107 amministrazioni comunali e, pur convenendo sull'importanza delle commissioni consiliari, per me è impossibile prendere parte alle singole sedute». Così la dottoressa Casani risponde all'intervento del sindaco Francesco Ferrari che aveva chiesto di aprire un confronto nella commissione consiliare sui temi della sanità. Maria Letizia Casani precisa che l'invito a partecipare alla commissione comunale per parlare della situazione della sanità delle Valli Etrusche «è arrivato alle 13.09 di martedì 3 dicembre e nella stessa giornata sono stati inviati i nominativi dei responsabili territoriali dell'Asl (la direttrice di zona Donatella Pagliacci, la responsabile del presidio Giovanna Poliseo, il referente dello stabilimento ospedaliero Irio Galli) che avrebbero partecipato all'incontro con pieno titolo ad affrontare tali questioni». «Sono sempre disponibile – spiega la Casani – come penso di aver dimostrato già in più occasioni al sindaco Ferrari ed agli altri amministratori, per chiarimenti ed approfondimenti. Nella zona delle Valli Etrusche sono state intanto portate avanti le fasi previste dal progetto di sviluppo dei servizi socio-sanitari. Il consultorio di Piombino è passato dall'apertura per due pomeriggi a settimana all'apertura per 12 ore da lunedì al venerdì e 6 ore di sabato e con la presenza del ginecologo per 4 volte alla settimana. Inoltre attivate visite domiciliari alle puerpere».



«Rsa, tagli delle quote. Un dramma»

Appello di Gina Truglio per non interrompere il ricovero della mamma. L'Asl: «Soluzione vicina»

LA LETTERA

La figlia ha scritto al governatore della Toscana Enrico Rossi per denunciare le difficoltà delle famiglie

LUCCA

Caro governatore Rossi – e assessore Saccardi vi scrivo. «Per chiedere, anzi per implorarvi – sottolinea Gina Truglio, proprietaria della libreria Ubik in centro storico a Lucca – di sbloccare le quote sanitarie per i ricoveri degli anziani gravi nelle Rsa». Parla con nozione di causa, Gina Truglio: sua madre, originaria dell'isola d'Elba, è ricoverata in una casa di riposo privata a Monte San Quirico, e entro mercoledì gli viene chiesto di corrispondere la retta mensile di 3mila euro. «Senza aiuti si fanno morire le famiglie. Noi lavoriamo duramente, ma non ci possiamo permettere una cifra simile. E le graduatorie per accedere alle quote sanitarie, perchè non renderle trasparenti?». Alla lettera, risponde l'USL, con una necessaria premessa: la mamma della signora Truglio è residente all'Isola D'Elba, e quindi la quota sanitaria dipende da quella zona. L'Asl ricostruisce la vicenda dell'azienda, iniziata il 30 luglio quando i familiari hanno presentato al Punto Insieme di Portoferraio una domanda di valutazione per la donna. La signora era stata ricoverata al Centro Anziani di Monte S. Quirico, dove nel frattempo era stata inserita per scelta della sua famiglia. Finalmente, dopo mesi, l'Asl ha chiesto una nuova valutazione sanitaria delle condizioni di salute della signora che oggi ha raggiunto la quarta posizione in graduatoria. E l'uscita dal tunnel, ora, è vicina.



Tanti anziani ospiti delle rsa



'Isole minori' 160mila euro per legami con gli ospedali del continente

Il Ministero della salute
cerca di aiutare
i cittadini insulari

PORTOFERRAIO

Grande soddisfazione in seno all'Asl Toscana nord ovest per la comunicazione ricevuta dal Ministero della Salute che, con una nota ufficiale inviata alla regione Toscana, ha espresso apprezzamento per il lavoro svolto per la realizzazione del progetto 'Isole minori'.

Al progetto che ha lo scopo di ottimizzare l'impegno delle risorse in relazione ai bisogni dei cittadini insulari, siano essi residenti o turisti, il ministero della salute ha destinato un budget di 160mila euro. L'investimento ha consentito di realizzare collegamenti attivi tra le isole d'Elba e Capraia con gli ospedali di Livorno, Pisa e Meyer di Firenze. Il progetto è basato sulla realizzazione di tre reti cliniche per la telemedicina: una rete pediatrica ospedale di Portoferraio-ospedale Meyer di Firenze; una rete 'Stroke' ospedale di Portoferraio-ospedale di Livorno-Azienda ospedaliera pisana; una rete clinica programmata presidi sanitari territoriali-centri specialistici. Il lavoro è iniziato circa un anno fa ed ha visto la progressiva attivazione dei sistemi di telemedicina nel territorio dell'Asl. Complessivamente da maggio 2019 ad oggi sono stati realizzati i servizi di televisita, telemonitoraggio e teleconsulenza per Livorno, Portoferraio e Capraia ed anche per Volterra e Pontedera. Sono inoltre attivi e funzionanti i servizi di second opinion e tele-refertazione per la rete dell'infarto e dell'ictus e di refertazione degli elettroencefalogrammi pediatrici.



Il grande freddo porta il picco influenzale

Appello a vaccinarsi. Menchetti (Asl): «E' importante per tutti, gratuito per ultra 65enni e utenti a rischio, e ci sono dosi in più»

LUCCA

Ancora non si è materializzata ma è già in agguato l'ondata di influenza della stagione 2019/2020. Il crollo delle temperature, in questi giorni, rischia di far da scivolino all'epidemia che, secondo gli esperti, arriverà più o meno a cavallo delle feste natalizie o a gennaio. Qualche avvisaglia si è palesata in questi giorni, ma, specifica il dottor Guglielmo Menchetti, direttore del dipartimento di medicina generale dell'Asl di area vasta, sono i malanni di stagione, fastidiosi ma neanche parenti del virus dell'influenza.

«**Il freddo** è un fattore che può essere facilmente complice dell'influenza - spiega il dottor Menchetti -. Per questo lanciamo accorati appelli ai ritardatari a vaccinarsi. Se è vero che non sempre il virus si presenta nella forma prevista e il vaccino può per questo essere meno efficace, comunque aiuta, sempre. Ed è raccomandato caldamente per gli ultra 65 anni e per i soggetti con patologie».

Anche l'assessore regionale Saccardi ha diffuso l'invito a vaccinarsi, facendolo lei stessa. Il dottor Menchetti ha provveduto?

«Sì, anch'io mi sono vaccinato essendo, da poco, nella fascia di età consigliata. Ricordiamo

che per questa tipologia di utenti, ultra 65 enni o affetti da patologie croniche, il vaccino è gratuito, si può fare dal proprio medico di famiglia o nei centri sanitari».

Ci sono previsioni da poter anticipare oggi sugli esiti della campagna?

«E' presto, ma il fatto che sia arrivato un quantitativo di dosi superiori rispetto agli altri anni ci fa ben sperare. Testimonia il fattivo impegno della Regione. La Toscana non è ai primi posti in Italia per coperture vaccinali, serve fare uno sforzo in più nell'ottica della prevenzione».

Per ora l'influenza non si è affacciata, quando pensate che arriverà?

«Di solito il periodo è quello delle festività natalizie, fine dicembre o inizio gennaio. Ma ci sono anche casi di influenze tardive, a febbraio».

Si può in qualche modo prevenire, vaccino a parte?

«L'unico consiglio che posso dare è quello di evitare luoghi affollati e ambienti chiusi».

Quanto sarà pericolosa l'influenza di quest'anno?

«E' da premettere: d'influenza non si muore, di complicanze sì, è possibile. Per questo si consigliano i vaccini. L'influenza in sé

è una patologia virale che si risolve spontaneamente e si guarisce senza ricorrere agli antibiotici, lo voglio sottolineare. Ma l'incognita, per la quale si può fare invece ricorso agli antibiotici, sono le complicanze».

I medici di famiglia sono oberati di richieste e anche di burocrazia. Il picco influenzale sarà per loro un ulteriore aggravio, o no?

«E' un impegno importante, indubbiamente, per i medici che lavorano da soli. In più quest'anno c'è il fatto che i medici potranno-dovranno registrare la vaccinazione antinfluenzale sul sistema informatico. Un passaggio in più che serve per costruire un accesso rapido al quadro vaccinale del paziente, che comprende anche la difterite, tetano, pertosse. Un ulteriore step, che però è più semplice di quanto possa sembrare anche se quest'anno la rendicontazione informatica, come passaggio intermedio, si affianca a quella cartacea».

La Regione ha diffuso anche un report che fa riflettere: gli ultimi due anni sono stati i peggiori: in regione si sono verificati oltre 100 casi gravi per influenza e quasi 30 decessi per una copertura vaccinale che ancora non supera il 56%.

Laura Sartini

© RIPRODUZIONE RISERVATA





QUANDO ARRIVERA'

Per ora solo malanni di stagione, il virus è 'atteso' per le prossime festività

E' arrivata l'influenza, complice anche il repentino e drastico abbassamento delle temperature

PREVENZIONE

Un accorgimento è quello di non frequentare luoghi chiusi e affollati

Il botta e risposta

«Tagli delle quote sanitarie Rsa Cappio alla gola per le famiglie»

Appello di Gina Truglio
per non interrompere
il ricovero della mamma
L'Asl: «Soluzione vicina»

LUCCA

Caro governatore Rossi - e assessore Saccardi vi scrivo. «Per chiedere, anzi per implorarvi - sottolinea Gina Truglio, proprietaria della libreria Ubik in centro storico - di sbloccare le quote sanitarie per i ricoveri degli anziani gravi nelle Rsa». Parla con nozione di causa, Gina Truglio: sua madre è ricoverata in una casa di riposo privata a Monte San Quirico, e entro mercoledì gli viene chiesto di corrispondere la retta mensile di 3mila euro. «Senza aiuti si fanno morire le famiglie. Noi lavoriamo duramente, ma non ci possiamo permettere una cifra simile. E le graduatorie per accedere alle quote sanitarie, perchè non renderle trasparenti?».

Alla lettera, pubblicata sul nostro sito internet, risponde oggi l'Azienda USL Toscana nord ovest, con una necessaria premessa: la mamma della signora Truglio è residente all'Isola D'Elba, e quindi la quota sanitaria dipende da quella zona. «Il 30 luglio scorso i familiari hanno presentato al Punto Insieme di Portoferraio una domanda di valutazione UVM (unità di valutazione

multidisciplinare) per la donna - ricostruisce la nota Asl - . La valutazione sociale al domicilio è stata effettuata da un'assistente sociale il 2 agosto, mentre la valutazione sanitaria è stata fatta il 14 agosto a Lucca, nella RSA Centro Anziani di Monte S. Quirico, dove nel frattempo la signora era stata inserita per scelta della sua famiglia - dice l'Asl - . Il 16 settembre la signora è stata inserita in lista d'attesa all'Elba per ricovero in RSA modulo base. Il 23 settembre, a seguito di richiesta di informazioni di un familiare, l'assistente sociale di riferimento all'Elba ha evidenziato che non era possibile al momento l'impegno della quota sanitaria per ricovero definitivo, ma che - qualora i congiunti fossero stati d'accordo - la Zona Distretto Elba avrebbe potuto autorizzare in tempi rapidi un ricovero temporaneo di sollievo in una RSA. A questa proposta non c'è stato riscontro».

La signora è così stata ricoverata a Monte San Quirico. «Il 18 novembre è stato risposto che la signora era in lista d'attesa per inserimento in RSA e che non appena possibile la Zona Distretto Elba avrebbe autorizzato la quota sanitaria». La buona notizia c'è: l'Asl ha chiesto una nuova valutazione sanitaria delle condizioni di salute della signora che oggi ha raggiunto la quarta posizione in graduatoria. E l'uscita dal tunnel, ora, è vicina.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LETTERA A ROSSI E A SACCARDI

**«Ho chiesto, anzi
implorato, 3mila euro
al mese non ce li
possiamo permettere»**



EMERGENZA INFERMIERI

**«Bene i contratti Asl
ma serve stabilità»**

Il presidente Aurigi
invita la Regione a rivedere
le modalità dei concorsi

«Plaudo all'iniziativa di Asl Toscana Sud Est ma auspico la stabilizzazione e per il futuro una diversa programmazione», dice Michele Aurigi, presidente dell'Ordine delle professioni infermieristiche di Siena. Si parla delle due delibere con cui Asl ha annunciato il rinnovo di 136 contratti di somministrazione e 195 per sopperire al turnover. «Sono tutti contratti a termine per tamponare le carenze - spiega Aurigi -. Visto che non c'è una graduatoria di potenziali tempi indeterminati. Il concorso Estar è in corso e nel migliore dei casi solo a gennaio ne uscirà la graduatoria degli idonei. Che saranno tutti assunti immagino, viste le necessità attuali, confermate dai numeri della ToscanaSud. Allora invito la Regione a ripensare alle modalità concorsuali: appena espletato questo, infatti, occorrerà ribandirne uno nuovo».

p.t.

THEMIS

di Antonio Maria Leozappa

Budget sanitari e performance che contano

Siamo a dicembre e, come ogni anno, la nostra classe politica è impegnata a far quadrare i conti. Dalle gazzette appare come sia sempre più arduo il tentativo di conciliare, da una parte, le esigenze dei cittadini e, dall'altra, i vincoli derivanti dall'affiliazione all'Unione europea e dalla logica ragionieristica dei mercati finanziari. Soprattutto nel settore sanitario, la cui spesa è tra la più gravose per il bilancio pubblico e la più attenzionata dalla popolazione. Se si prendono in considerazione le misure presentate dall'una o dall'altra forza politica, tutto sembra essere in discussione. Tutto, tranne l'impostazione di sistema per la quale le strutture sanitarie, pubbliche e accreditate, operano sulla base di obiettivi di produzione. Si tratta di un'impostazione che ha implicazioni sul piano economico e culturale che sarebbe tempo venissero discusse mettendo da parte tabù e dogmi ideologici. Notoriamente, le strutture sanitarie sono considerate alla stregua di aziende e, come tutte le aziende, hanno dei *budget*. Nell'erogazione dei servizi sono chiamate a raggiungere degli obiettivi. Obiettivi esterni sono posti dalla Regione, che indica il tetto massimo di oneri/prestazioni che possono essere posti a carico del Servizio sanitario. A questi si sommano quelli interni, autodeterminati dalla singola realtà che tengono conto anche delle prestazioni in solvenza, quelle, per inten-

dersi, che rimangono a carico degli utenti, che per farvi fronte possono attivare assicurazioni e forme di assistenza integrativa. Ora, nell'attuale sistema, il mancato rispetto del *budget* regionale nel periodo di riferimento espone l'azienda sanitaria al rischio di vederselo decurtare nella successiva programmazione, con inevitabili conseguenze negative sul fatturato. Il che determina il paradosso per il quale le aziende sanitarie sono affatto disincentivate ad adottare politiche gestionali che limitino gli oneri a carico del Servizio sanitario regionale perché si tradurrebbero in una riduzione del proprio attivo. Tanto accade sia nelle strutture pubbliche sia in quelle accreditate, sia nelle *profit* sia nelle *benefit*. Contare su un determinato *budget* regionale significa fare affidamento su un livello certo di risorse finanziarie alla luce del quale poter programmare la propria gestione. È possibile contenere la spesa sanitaria se le strutture, di cui si avvale il Servizio sanitario, sono valutate in ragione delle *performance* ottenute sul piano dei costi e non dei risparmi? E se il sistema, invece di premiare, sanziona chi non raggiunge il *budget*? Al riguardo, preme una precisazione. Qui, non si sta sostenendo che il *budget* debba essere mantenuto in ogni caso: il suo mancato raggiungimento può essere la spia di inefficienze o dell'incapacità di dare una

risposta adeguata alla domanda di assistenza e, in tali ipotesi, è evidente la necessità della sua riprogrammazione in favore di strutture più performanti. Piuttosto, si vuole portare in evidenza l'esigenza di promuovere, anche aggiornando i *setting* assistenziali, e valorizzare politiche gestionali da parte delle strutture sanitarie che le associno nel comune obiettivo di ridurre la spesa sanitaria. Anche perché la programmazione dell'attività in funzione degli obiettivi economici di *budget*, esterni ed interni, ha delle inevitabili ricadute sulle condizioni di lavoro degli operatori sanitari. Efficienza sanitaria ed efficienza economica non sempre coincidono, sia sotto il profilo dei costi sia dei margini di remunerazione. Se è oggettivamente importante che anche l'operatore sanitario sia consapevole delle implicazioni economiche (positive e negative) derivanti dalle proprie prestazioni, è però fondamentale (nel significato proprio del termine) che queste non ne condizionino l'autonomia di giudizio. Con tale constatazione non si vuole, qui, mettere in dubbio la capacità della classe medica e, più in generale, sanitaria di svolgere, *scientia et coscienza*, le proprie competenze, ma, per converso, si vuole avvertire che non può essere lasciata sola a fronteggiare un sistema che tende sempre più a ruotare intorno ad una valutazione economica delle performance professionali.

Sos posti letto, 713mila pazienti migrano al Nord per farsi curare

Il rapporto dell'Università Bocconi sulla salute: i ricoveri fuori regione crescono e sfiorano il 9%
Il problema più grande è localizzato da Roma in giù: principale causa sono i tempi di attesa

IL DOSSIER

Paolo Russo

Sempre meno letti negli ospedali e poche strutture alternative nel territorio soprattutto al Sud fanno lievitare le fila dei migranti della salute. Sono 713mila i pazienti dal Lazio in giù costretti a fare le valigie per trovare un posto in reparto. I ricoveri fuori regione erano il 7,6% di quelli complessivi nel 2010, sono cresciuti ora all'8,8%. Un esercito che sale a un milione se si considerano anche coloro che emigrano per eseguire accertamenti diagnostici complessi. In particolare da chi cerca un posto in reparti di ortopedia, chirurgia generale e riabilitazione.

A disegnare la nuova mappa dei viaggi della speranza è un rapporto dell'Università Bocconi presentato oggi a Bari, all'inaugurazione del nuovo ospedale di ricerca, ricovero e medicina riabilitativa del gruppo Maugeri. Grafici e tabelle che rilevano una volta per tutte la correlazione tra tagli ai posti letto e migrazioni sanitarie. Oramai 15 regioni su ventuno sono al di sotto dei 3,7 posti letto ogni mille abitanti, standard stabilito da un decreto ministeriale del 2015 e che è già di per sé il più basso d'Europa. A salvarsi e di poco sono solo Trento, Emilia Romagna, Molise, Valle d'Aosta, Bolzano e Pie-

monte. Mentre a scendere sotto la già scarsa media nazionale sono Marche, Basilicata, Abruzzo, Sicilia, Campania, Puglia, Calabria e Toscana. Eccezione quest'ultima, che vanta però un'ottima rete di servizi territoriali, tutte regioni che esportano pazienti. Lo stesso gruppo di regioni lo si ritrova anche nella bassa classifica dei posti letto per le lungodegenze. Per non parlare della riabilitazione, dove per quella neurologica di alta specialità indirizzata al recupero di chi ha subito gravi danni spinali o ictus altamente invalidanti, il fabbisogno sarebbe di 6.125 letti, mentre i dati del ministero della Salute dicono che ce ne sono solo 2.328. Con grandi disparità regionali, perché se Sicilia e Molise coprono quasi il loro fabbisogno, in Campania ci sono 32 letti anziché 595. In Sardegna la dotazione di letti è del 443% inferiore al necessario e anche in Piemonte, Calabria e Friuli le cose vanno male, con carenze del 300 e più per cento. Anche se si parla di riabilitazione neurologica a minor tasso di complessità, la carenza di letti è netta. Per le società scientifiche dovrebbero essere oltre 29mila, non arrivano a 23mila. E dove le dotazioni sono più insufficienti, maggiore è il numero di migranti sanitari. Alla fine si crea un circolo vizioso, perché le regioni che li accolgono mica li curano gratis, ma fatturano le prestazioni fornite a quelle di provenienza per un conto di ben 4, 3 miliardi. Soldi che sarebbe stato meglio spendere

per creare ciò che non c'è.

Ma il fenomeno delle migrazioni sanitarie è anche figlio della discriminazione sociale. Perché al centro-nord quando il servizio pubblico non soddisfa le esigenze degli assistiti, soprattutto per i tempi di attesa, si sopperisce aprendo il portafoglio. Al Sud si fanno le valigie. Magari finendo per intasare ancor di più le liste d'attesa delle altre regioni. Ad eccezione di Marche e Umbria infatti a nord della Campania le famiglie spendono per le cure nel privato più della media nazionale di 604 euro l'anno. Con la Valle d'Aosta che tocca i 1.030 euro di spesa, seguita dalla Lombardia con 793 euro, mentre la Campania, terra di migranti, si ferma a 374 euro.

Per uscire da questa situazione il ministro della salute, Roberto Speranza, ha portato a casa con la manovra due miliardi in più per l'edilizia sanitaria. «Ma occorre anche invertire la rotta del privato, che oggi investe poco al Sud. Perché se la prima causa di esodo sanitario dalla Puglia è l'intervento all'alluce valgo vuol dire che non è questione di carenza di alta specializzazione ma di offerta che non soddisfa la domanda prescindere», dice Paolo Migliaiavacca, direttore generale degli Istituti clinici scientifici Maugeri, che a Bari hanno investito 30 milioni per un nuovo ospedale convenzionato di alta specialità da 246 posti letto, fatto in 15 mesi. Un esempio di come al Sud si possa invertire il senso di marcia. —

BY NC ND ALCUNI DIRITTI RISERVATI





Una sala operatoria (foto di archivio): quindici regioni su ventuno sono al di sotto dei 3,7 posti letto ogni mille abitanti

Senza farmaci (e senza cure) Il record dei poveri sanitari

IL RAPPORTO

Un quinto degli italiani costretto a tirare la cinghia su pillole e pomate, quasi mezzo milione non riesce a curarsi, le famiglie in difficoltà hanno solo due euro al mese per il dentista
L'analisi del Banco Farmaceutico

GIULIO ISOLA

Un quinto degli italiani "tira la cinghia" sulla salute. Sono 12.634.000 le persone che, almeno una volta nel corso del 2019, hanno dovuto limitare per ragioni economiche la spesa riservata a visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo: dentista, mammografia, pap-test, e via diagnosticando.

Il settimo Rapporto sulla povertà sanitaria, elaborato dalla Fondazione Banco Farmaceutico e BFRsearch e presentato ieri al Centro congressi di Confcommercio a Milano, non può certo usare il bilancino del farmacista per centellinare i dati, che in effetti sono pesanti: in Italia 473.000 persone non riescono a curarsi adeguatamente e ad acquistare i necessari medicinali, e se hanno figli minorenni la situazione peggiora; i poveri dispongono di appena 128 euro all'anno per la salute, 6 volte meno della media nazionale (769 euro), e di questi soltanto 2,19 euro al mese sono accantonati per il dentista (contro i 31,16 euro del resto della popolazione). Esiste dunque anche un'indigenza da pillole e pomate,

e l'Osservatorio sulla Povertà sanitaria (organo di ricerca del Banco Farmaceutico) ne fornisce altri dettagli. Per esempio i farmaci più ricercati sono quelli per il sistema nervoso (18,6%), seguiti dalle cure per il metabolismo (15,2%), per l'apparato muscolo-scheletrico (14,5%) e per i polmoni (10,4%); ma servono pure presidi medici generici e integratori alimentari: le famiglie povere possono mettere a bilancio mensile solamente 0,79 euro per l'acquisto di articoli sanitari (4,42 euro il resto della popolazione), 1,30 euro per le attrezzature terapeutiche (12,32 la media generale) e 1,31 euro per i servizi paramedici (contro 9,35 del totale degli italiani).

Non per nulla la richiesta di medicinali agli enti assistenziali è cresciuta negli ultimi 7 anni del 28%; nel 2019 si è raggiunto il picco di 1.040.607 confezioni (+4,8% rispetto all'anno precedente). Del resto in generale la quota di spesa farmaceutica non coperta dal Servizio sanitario nazionale e perciò a carico dei privati è passata dal 37,3% al 40,3% tra 2016 e 2018; ma per le famiglie povere la situazione è persino peggiore: infatti, siccome possono investire meno denaro in prevenzione, si ritrovano costretti a spendere di più nelle cure e i farmaci non passati dalla mutua divorano così il 62,5% del loro budget sanitario.

Il Rapporto «Donare per curare: Povertà sanitaria e donazione farmaci» si concentra infine sulla salute dei minori, a 30 anni dalla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia che riconosce ai bambini il diritto «di godere del miglior stato di salute possibile». E constata che «in Italia le famiglie con minori (sia quelle povere, sia quelle



non povere) sono penalizzate rispetto all'accesso alle cure e, per ragioni economiche, sono costrette a perseguire strategie di rinuncia o di rinvio in misura superiore alle altre». La limitazione delle spese sanitarie interessa il 40,6% dei nuclei in difficoltà finanziaria e con figli piccoli, mentre a parità di reddito tale sacrificio colpisce il 37,2% delle coppie senza figli. Ma succede lo stesso anche considerando la popolazione nella sua interezza: ha limitato la spesa o rinunciato alle cure il 22,9% delle famiglie con prole, contro il 19,2% di quelle prive di minori.

«Senza migliaia di enti e associazioni che offrono assistenza socio-sanitaria gratuita agli indigenti, il quadro sarebbe ancora più drammatico», assicura infine Sergio Daniotti, presidente del Banco Farmaceutico la cui missione è appunto raccogliere e recuperare medicinali da aziende produttrici o donatori vari, per poi ridistribuirli alle strutture caritative che assistono chi non può permettersi le cure. E sono oltre mezzo milione ogni anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanto pesa l'indigenza su salute e prevenzione

473mila

Gli italiani che non
possono curarsi
adeguatamente
e acquistare
i medicinali necessari

128

Gli euro disponibili per
la salute nel bilancio
annuale dei poveri,
6 volte sotto la media
nazionale (769 euro)



Suicidio assistito, tocca ai Comitati etici

La sentenza della Corte costituzionale ne richiede il parere preventivo. Ma oggi si occupano soprattutto di autorizzare le sperimentazioni sui farmaci

La legge Lorenzin, di cui mancano alcuni decreti attuativi, prevede che scendano da 91 a 40 in tutta Italia. Saranno i 51 che avanzano a occuparsi di etica clinica? Le osservazioni di Petrini (Iss) in vista di nuove norme che appaiono problematiche

ENRICO NEGROTTI

La sentenza 242/2019 della Corte costituzionale, relativa alla punibilità dell'aiuto al suicidio intervenendo sull'articolo 580 del Codice penale, ha stabilito che esistono alcune particolarissime circostanze nelle quali chi agevola l'esecuzione del proposito di togliersi la vita non deve subire condanne penali. Le regole della Consulta comprendono, oltre ad alcune caratteristiche cliniche del paziente e alla sua capacità di intendere e di volere, la necessità che le condizioni e le modalità di esecuzione vengano «verificate da una struttura del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente».

Questo riferimento al comitato etico ha sollevato non pochi interrogativi. Infatti secondo il Registro nazionale (disponibile sul sito dell'Agenzia italiana del farmaco, Aifa), aggiornato allo scorso 11 settembre, nel nostro Paese esistono 91 comitati etici territoriali. Si tratta di un assetto raggiunto dopo il decreto 8 febbraio 2013 dell'allora ministro della Salute, Renato Balduzzi. Qualche utile indicazione per ricostruire la storia dei comitati etici in Italia si ricava dal recente articolo, pub-

blicato sugli *Annali dell'Istituto superiore di sanità* (Iss), a firma del presidente del Comitato etico dell'Iss Carlo Petrini e del presidente dell'Iss Silvio Brusafferro. Innanzi tutto, le prime tracce normative dei comitati etici risalgono, in particolare, a un decreto del 1998. Un'ulteriore messa a punto fu contenuta in un decreto legislativo del 2003 che recepiva la direttiva comunitaria 20 del 2001. Per giungere poi alla legge 8 novembre 2012, n. 189, completata appunto dal decreto del ministro Balduzzi.

Ma il regolamento europeo 536/2014 sulla sperimentazione clinica dei medicinali e poi quello 745/2017 sui dispositivi medici (entrambi destinati a essere attuati nel corso del 2020) hanno reso necessario un ulteriore intervento, concretizzatosi nella legge 3/2018 («legge Lorenzin») che – tra le numerose questioni di politica sanitaria – affronta anche le procedure di autorizzazione della sperimentazione di medicinali e il ruolo dei comitati etici. Tale legge stabilisce di ridurre a 40 i comitati etici territoriali lasciando 3 di istituzioni con valenza nazionale, e di istituire un Centro nazionale di coordinamento dei comitati etici territoriali. Quest'ultimo è stato istituito (presidente Maria Luisa Moro, direttore dell'Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna, vicepresidente lo stesso Petrini) ma la mancanza dei decreti attuativi sulle altre norme rende l'applicazione della legge, in relazione alla riforma dei comitati etici, ancora piuttosto incerta.

Tuttavia c'è un'ulteriore difficoltà. Nonostante il decreto

Balduzzi precisasse che i comitati etici potessero svolgere «funzioni consultive in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali», e che in alcuni casi questo accada, la principale e quasi esclusiva attività svolta da questi organismi riguarda l'approvazione di studi per la sperimentazione di farmaci. Che è anche la principale motivazione delle normative europee che fanno riferimento ai comitati etici. È evidente che tale attività è ben diversa dalla discussione di casi di etica clinica, addirittura – come sarebbe in relazione all'aiuto al suicidio – per questioni di così drammatica portata.

Tale difficoltà è ben presente ai componenti degli attuali comitati etici, come testimonia don Tullio Proserpio, che fa parte di questo organismo all'Istituto dei tumori di Milano, dove svolge il compito di capellano. «Ci siamo incontrati di recente – racconta don Proserpio – proprio per cominciare ad affrontare le indicazioni della sentenza della Corte costituzionale». Nel primo confronto sono emersi alcuni dubbi: «Dalla lettura della sentenza sono apparse due possibili interpretazioni su quale dovrebbe essere il nostro ruolo: una mera ratifica che le procedure relative all'accertamento delle volontà del paziente e delle sue condizioni siano state rispettate, e che l'iter seguito sia conforme alle prescrizioni della Consulta, e della futura legge che dovrà rispettarne i contenuti; oppure se, viceversa, il comitato etico dovrebbe avere un ruolo attivo, cioè esprimere un parere sullo specifico caso clinico. Il che richiederebbe



perlomeno che si incontrasse la persona per poter avere un riscontro delle sue condizioni e delle sue opinioni».

Osserva Carlo Petrini (che è anche direttore dell'Unità di Bioetica dell'Iss) che tra le soluzioni proposte per completare l'attuazione della legge 3/2018 c'è anche la destinazione dei comitati etici «tagliati» (dai 91 attuali ai 40 previsti) alla discussione dei casi clinici. Sarà questa la strada che percorrerà una eventuale futura legge? E basterà? Quel che pare certo è che la strada di una possibile – ma non indispensabile: la sentenza a giudizio di insigni costituzionalisti è autoapplicativa – nuova norma, già accidentata vista l'eterogeneità dei disegni di legge presenti oggi in Parlamento, dovrà affrontare un'ulteriore salita.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

DOCUMENTO DEI VESCOVI

Chiesa spagnola in campo: «La gente chiede cure palliative, non di morire»

Un fermo no della Chiesa all'eutanasia. È contenuto nel documento «Seminatori di speranza. Accogliere, proteggere e accompagnare alla fase finale della vita», approvato dall'assemblea plenaria della Conferenza episcopale spagnola dopo due anni di dibattito, con il contributo di medici, infermieri e volontari, e presentato ieri a Madrid dal vescovo di Bilbao, Mario Iñesta. «Non è mai lecito causare la morte di un ammalato, nemmeno per evitare il dolore e la sofferenza, anche se lo richieda espressamente. Né il paziente né il personale sanitario, né tantomeno i familiari hanno la facoltà di decidere o provocare la morte di una persona», affermano i vescovi, che lo hanno votato in pratica all'unanimità. «In Spagna ci sono 125mila persone che oggi hanno bisogno di cure palliative, ma almeno 60mila non le ricevono, come anche il 90% dei bambini con malattie terminali – ha rilevato l'infermiera Encarnación Isabel Pérez –. È la priorità di cui dobbiamo farci carico: dire che non è giusto che tutte queste persone non abbiano cure palliative, vero aiuto». La Chiesa accetta la sedazione palliativa a fronte di situazioni di «malattia incurabile, in stato avanzato e irreversibile, con una previsione di vita limitata o in situazione di agonia», si afferma nel testo, ma sempre a seguito di «un'indicazione medica» e «con il consenso» dell'ammalato e della sua famiglia. È inoltre necessario formare il personale sanitario «nell'arte di alleviare e confortare», poiché – si afferma nel documento – è comprovata «la funzione terapeutica di un modo umano e delicato di trattare il paziente». Iñesta ha insistito sul fatto che «in Spagna non c'è una domanda sociale di eutanasia» nonostante la legge annunciata nella scorsa legislatura e nell'attuale, appena cominciata, come priorità nel programma del governo socialista ad interim. «Le istituzioni pubbliche devono servire a tutelare ogni vita umana, al di là di qualunque condizionamento» scrivono i vescovi. Perché «la vita umana è un bene che supera il potere di disporre di qualunque persona o istituzione», vale a dire di giudici, legislatori o medici. E «l'eutanasia costituisce una sconfitta sociale e un esempio della cultura dello scarto». Presidente della commissione Famiglia e vita, lui stesso medico, monsignor Iñesta ha fatto la sua tesi dottorale proprio sulla sofferenza e le cure alla fine della vita: «In Spagna – ha denunciato – manca una legge sulle cure palliative». «Non è lecito – sottolinea il testo – l'azione o l'omissione che, per sua natura e nell'intenzione, provochi la morte al fine di evitare ogni dolore». Ma, allo stesso tempo, si ricorda che «non è lecito prolungare a ogni costo la vita di un paziente» quando non esiste possibilità di cura.

Paola Del Vecchio



L'analisi

MAURO COZZOLI

UNA RIVOLUZIONE E MOLTI SCENARI

Negli ultimi anni la disponibilità di un'enorme quantità di dati, unita a un'imponente capacità di calcolo informatico, hanno dato luogo a sistemi che prendono il nome di "intelligenza artificiale": espressione dell'abilità di un computer a svolgere funzioni e operazioni proprie della mente umana, compiendo scelte autonome. Disporre di tecnologie in grado di surrogare le capacità cognitive e decisionali umane solleva quesiti etici ineludibili, perché la posta in gioco è alta e globale. La rivoluzione digitale avviata da queste macchine è pervasiva, a un livello di comprensione dell'uomo e del mondo. Siamo invasi ormai da dispositivi con capacità di calcolo, memoria e connessione dati che estendono e sostituiscono le nostre facoltà. Pensiamo al vivere comune, a smartphone, social network e app che formano il corredo irrinunciabile del vivere oggi. I nostri ragazzi ne sono avvinti fin dalla prima infanzia. E noi adulti con loro: iperconnessi in un «world wide web», una ragnatela globale di informazioni che prende forma di infosfera. Al cui interno ci muoviamo come organismi informazionali, di cui è espressione l'acronimo «infor». Tutto questo sono e fanno le intelligenze artificiali, in grado di influire in tutti gli ambiti e le sfere del vissuto ma con incidenze ed esiti non tutti uguali e parificabili, a motivo della diversa posta in gioco. Diversità data dal beneficio e dal rischio umano. È diverso l'affidamento a un'intelligenza artificiale nel gioco a scacchi, nella guida autonoma di una macchina, nella robotizzazione di un'arma, nell'emissione di una sentenza. Sono diverse le conseguenze del possibile errore. Di qui l'uso prudente di queste macchine intelligenti, frutto di una cultura educativa volta a coniugare insieme "tecne" e "humanitas".

Un ambito considerevole di applicazione delle intelligenze artificiali, a elevato tasso d'incidenza umana, è la medicina, dove il referente è sempre una persona, in situazione critica: la malattia. Con il convegno dell'11 dicembre su «Opportunità e rischi dell'Intelligenza artificiale in medicina» Fondazione Policlinico Universitario Gemelli e Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica riflettono su benefici e vantaggi, sfide e incognite, infrastrutture e sistemi normativi di cui la sanità deve dotarsi per gestire l'applicazione di intelligenze artificiali in un'ottica di ottimizzazione e umanizzazione delle cure. Il meeting è articolato in tre sessioni: Verso il dominio dell'algoritmo? Quali futuri possibili per la medicina? Come governare l'intelligenza artificiale? con relatori come Roberto Cingolani, Paolo Benanti, Mauro Ferrari e Massimi Chiriatti. Al dibattito partecipano scienziati ed esperti in machine learning, esponenti di aziende leader nel settore biomedicale e delle Information and Communication technology, di istituzioni nazionali ed europee, delle università ecclesiastiche, del Policlinico Gemelli e della Facoltà. La sequenza di interventi e dibattiti è ravvivata da cortometraggi in tema. Conclude monsignor Edgar Peña Parra, arcivescovo sostituto per gli Affari generali della Segreteria di Stato della Santa Sede. Conduce la giornalista Barbara Gasperini.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





INTERVISTA AL BIOETICISTA E TEOLOGO PADRE PAOLO BENANTI

«Il medico è insostituibile ma deve usare la tecnologia»

«**L**addove l'intelligenza artificiale aiuta il medico a decidere meglio e non si sostituisce al medico» è uno strumento prezioso. I pericoli arrivano se invece la «finalità è economica, e l'intelligenza artificiale è sostitutiva dell'atto umano». Parola di padre Paolo Benanti, teologo, esperto di bioetica e nuove tecnologie e membro della task force del Ministero dello Sviluppo per l'intelligenza artificiale. Tra gli ultimi libri *Le macchine sapienti. Intelligenze artificiali e decisioni umane* (Marietti) e *Oracoli. Tra algoretica e algocrazia* (Sossella Editore).

A che condizioni l'intelligenza artificiale è una risorsa medica?

Ci sono strumenti tecnologici che consentono di aiutare il medico a individuare lo studio pubblicato che meglio descrive il caso che ha davanti. Esistono poi applicazioni con cui possiamo riconoscere con lo smartphone alcune patologie. Nei Paesi in cui mancano specialisti l'intelligenza artificiale può aiutare il medico, ma senza sostituirlo.

C'è un aspetto su cui tenere una vigilanza più consapevole?

Occorre vigilare sui casi in cui si vuole sostituire il medico con l'intelligenza artificiale o nelle situazioni in cui l'intelligenza artificiale non è applicata per aiutare il medico a scegliere ma per risparmiare. Ossia, laddove la finalità è solo quella economica, sostitutiva dell'atto umano.

Che rapporto hanno i medici con i nuovi sistemi?

Il vero problema è che l'intelligenza artificiale sta arrivando come forma di innovazione, ma l'innovazione è un termine molto ambiguo. Occorre creare strumenti che contribuiscano al bene dei pazienti e della società, forme di sviluppo che mettano al centro i valori etici, che sono fondamentali. Nell'epoca dell'intelligenza artificiale dobbiamo ripensare la figura del medico e il significato della medicina: si apre un nuovo campo multidisciplinare in cui non c'entrano solo tecnica e scienza ma anche tutte quelle discipline che hanno a che fare con l'uomo e con il valore della dignità della persona umana.

Stiamo appaltando parti della vita agli algoritmi. Va tutto bene?

Sono dati che rimangono per sempre in un server e che potrebbero diventare uno strumento di squilibrio economico. I dati non si consumano ma possono essere riutilizzati infinite volte, aggregati ad altri per ottenere un vantaggio enorme. Dobbiamo capire chi può gestirli: il medico, l'ospedale, il paziente...

Come sarà l'ospedale del 2030?

Si aprono scenari molto diversi a seconda del tipo di sviluppo dell'intelligenza artificiale. Uno degli interrogativi è se essa procurerà l'estinzione del medico. Secondo me, no. Ma il medico che la userà farà estinguere il medico che non la usa. (G.Mel.)

© RIPRODUZIONE RISERVATA



BIOETICA

**Medici e algoritmi
ora chi comanda?**

Melina a pagina 17



Salute, algoritmi «padroni»?

L'intelligenza artificiale guadagna terreno negli ospedali, con vantaggi indiscussi. E più di un interrogativo

GRAZIELLA MELINA

Robot sempre più presenti nelle sale operatorie. Macchinari in grado di facilitare la riabilitazione dei pazienti. Dispositivi capaci di individuare i meccanismi alla base delle patologie. L'intelligenza artificiale è entrata ormai a pieno ritmo nello sviluppo della medicina, con risultati insperati fino a pochi anni fa. Ma il progresso scientifico, perché sia davvero un bene per tutti e non perda la bussola, deve essere sempre governato dall'uomo, e quindi dalla sua etica. «L'intelligenza artificiale si sta imponendo sempre più anche in medicina con prospettive fino a qualche tempo fa inimmaginabili, che danno un aiuto concreto ai professionisti della sanità», spiega Rocco Bellantone, preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica di Roma.

I benefici per i pazienti e il supporto per i medici sono indiscussi. Il problema nasce però se l'uomo abbandona il timone e diventa spettatore passivo delle macchine. E questo rischia di accadere, avverte Bellantone, se «si comincia a parlare di sostituzione dell'uomo e ci si trova di fronte ad algoritmi che spesso sempre più vanno in autoapprendimento, per cui sviluppino un giudizio che prima era a carico dell'uomo e nel quale ovviamente non c'è alcuno spazio per l'etica. La tecnologia, senz'altro, è una conquista straordinaria del sapere umano, ma come tutte le scoperte bisogna saperla governare. Quello che

vedo è che, travolti dall'entusiasmo, ci stiamo soffermando assai poco su come dobbiamo gestirla. Occorre dunque capire quali possano essere le problematiche per farla funzionare meglio, per averne un controllo etico e dedicato alla persona».

Di qui la necessità di un'analisi delle opportunità, ma anche degli interrogativi che si porranno con l'utilizzo sempre più massiccio delle innovazioni tecnologiche. Per farlo, scienziati, aziende leader nel settore dell'Ict e biomedicale, oltre che rappresentanti di istituzioni nazionali ed europee, si sono dati appuntamento a Roma l'11 dicembre al convegno #Ai4docs «Opportunità e rischi dell'intelligenza artificiale in medicina», promosso dalla Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, in collaborazione con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica. Che l'intelligenza artificiale di per sé porti solo benefici, per chi si occupa di progresso tecnologico forse è un'ovvietà. Il problema, come sempre, dipende dall'uso che se ne vuole fare. «Non vedo rischi che non siano connessi alla stupidità umana – riflette Roberto Cingolani, responsabile tecnologia e innovazione di Leonardo –. Se qualcuno decide di utilizzare male la tecnologia o, per esempio, di fare uso di informazioni sullo stato di salute dei pazienti per fini diversi ovviamente il pericolo c'è, ma non dipende dall'algoritmo. Siamo in presenza di una tecnologia e di una applicazione che sulla carta so-

no solo positive. È necessario semmai potenziare l'educazione e la cultura di chi poi dovrà gestirle». Le opportunità per la salute dei pazienti promettono di essere pressoché prodigiose. «Con il miglioramento delle tecnologie di calcolo e di analisi di grandi masse di dati – spiega Cingolani – possiamo diventare predittivi dal punto di vista delle diagnosi. Siamo in grado, per esempio, di analizzare genomi di grandi quantità di persone, sia pazienti che individui sani, e arrivare a definire una medicina preventiva personalizzata. Si potrebbero addirittura progettare farmaci su misura grazie proprio a sistemi di calcolo estremamente avanzati». Senza contare il supporto che i dispositivi tecnologici riescono a dare agli stessi medici. «Dotare di intelligenza artificiale per esempio un robot aiuta moltissimo l'operatore sanitario – sottolinea Cingolani –. Sono metodologie basate su sensori avanzati, che per esempio possiamo applicare alla chirurgia. Di recente, il settore interessato da queste nuove tecnologie è quello della riabilitazione. Alcune macchine intelligenti riescono ad analizzare programmi riabilitativi rispetto al paziente, dall'anziano al-



lo sportivo, alla persona operata. Si tratta di tecnologie di supporto al medico e alla persona da curare che nelle diverse situazioni rendono sia la terapia che la diagnosi molto più rapide, affidabili, e addirittura più personalizzabili».

Anche alla fondazione Human Technopole, il nuovo istituto italiano di ricerca per le scienze della vita, con sede a Milano, sono talmente convinti che la tecnologia potrà essere di supporto per contrastare cancro e malattie neurodegenerative che per il 2024 si sono posti l'obiettivo di creare una struttura che ospiterà 7 centri di ricerca e 4 strutture scientifiche, e dove lavoreranno fino a 1.500 persone. Grazie a «un approccio multidisciplinare e al coinvolgimento di scienziati con specialità molto diverse – spiega il presidente Marco Simoni –, la genomica su larga scala sarà integrata con l'analisi dei sistemi di dati e lo sviluppo di nuove tecnologie diagnostiche. Oggi infatti la ricerca medica non si può fare da soli, serve un grande lavoro di squadra». Nessuna incognita dunque all'orizzonte? «La tecnologia che intendiamo sviluppare – rimarca Simoni – serve per migliorare la qualità della vita degli essere umani. Il rischio grande che si può intravedere è semmai la divaricazione tra chi si può permettere di usarla e chi non ha la disponibilità economica per farlo. Noi lavoreremo per sviluppare una tecnologia che ci consenta di diffondere la medicina personalizzata a tutto il sistema sanitario, in modo che chiunque vi possa accedere».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Psicoterapia

I CRITERI PER SCEGLIERLA E PER VALUTARLA

Dossier a cura di **Daniilo di Diodoro**

a pagina **04**

Freudiana,	questi termini?
cognitiva,	Come
sistemica	orientarsi
e altre ancora	fra le molte
Che cosa	alternative
significano	

Anche le terapie basate sulla parola devono essere validate da studi che ne dimostrino l'utilità. Per alcuni disturbi sono più efficaci dei farmaci

Psicoterapia

Come capire se funziona

È una disciplina praticata quasi esclusivamente negli studi privati e ciò crea una disparità di accesso
di **Daniilo di Diodoro**

Prima di intraprendere una psicoterapia, è giusto chiedersi se sarà efficace, se alla fine del percorso di cura si starà meglio. Infatti viviamo nell'epoca della medicina basata sul-

le prove di efficacia, il cui principio è che un intervento terapeutico, prima di essere prescritto, dovrebbe idealmente aver dimostrato di essere efficace in studi clinici di qualità, dai quali è uscito in qualche modo «vincente». E vale anche l'inverso. Qualsiasi trattamento che non abbia dimostrato la sua efficacia in studi clinici di qualità dovrebbe essere considerato non sufficientemente validato. Negli anni Novanta l'American Psychological Association (APA) indicò che una psicoterapia avrebbe dovuto essere considerata efficace quando, oltre ad avere uno

specifico manuale che ne descrive le caratteristiche, avesse dimostrato di essere capace di indurre un miglioramento in chi soffre di quel disturbo per il quale è impiegata.

«Modellato sulla scia di quanto prescritto dalla Food and Drug Ad-



ministration statunitense nelle linee guida per i farmaci, i criteri dell'APA definiscono un trattamento come «ben verificato» se ha dimostrato di funzionare meglio del placebo (un farmaco inerte) o di un possibile trattamento alternativo in almeno due trial randomizzati e controllati condotti indipendentemente da gruppi diversi di ricerca» dice Scott Lilienfeld del Department of Psychology della Emory University di Atlanta in un articolo pubblicato sulla rivista *World Psychiatry*. «Ma è un criterio troppo permissivo. Per aumentare il valore della prova di efficacia bisognerebbe considerare tutto l'insieme dei dati provenienti dagli studi clinici effettuati, sia quelli che hanno dato risultati positivi, sia quelli che hanno dato risultati negativi, e sia quelli pubblicati sulle riviste scientifiche, sia quelli non pubblicati».

Dell'efficacia delle psicoterapie si è discusso recentemente durante il congresso della Società italiana di psichiatria biologica svoltosi a Napoli, intitolato *La nuova complessità della clinica, dei modelli etiopatogenetici e degli interventi*, organizzato da Mario Maj, professore ordinario di psichiatria all'Università di Napoli. «In ogni Dipartimento di salute mentale dovrebbero essere disponibili almeno alcune delle principali psicoterapie basate su prove di efficacia» dice Maj, riferendosi a quanto emerso dal congresso. «L'attuale tendenza a non offrire psicoterapie nelle strutture pubbliche crea una disparità di accesso legata alle condizioni socioeconomiche degli utenti. Inoltre, sono molti gli operatori che lavorano nei servizi pubbli-

ci, ma praticano la psicoterapia solo nel loro studio privato. Una seconda indicazione emersa è che la scelta della psicoterapia per un determinato paziente non dovrebbe essere basata sull'orientamento teorico dell'operatore, ma su una caratterizzazione di quel particolare caso, al di là della diagnosi. Ad esempio, se la diagnosi è di depressione, l'ulteriore caratterizzazione del caso dovrebbe chiarire se è presente uno stile cognitivo disfunzionale; se c'è evidenza di conflitti interpersonali che hanno precipitato o contribuiscono a mantenere la condizione depressiva; se c'è una storia di eventi di perdita, separazione o abuso in età infantile. È sulla base di questi elementi che dovrebbe essere scelta l'una o l'altra tecnica psicoterapeutica, attuata da un professionista formato per la sua applicazione. Infine l'altra indicazione emersa è che gli esiti di tutti gli interventi terapeutici in psichiatria — farmaci, psicoterapie e interventi psicosociali — dipendono non solo dall'efficacia intrinseca di tali interventi, ma anche da fattori aspecifici, come ad esempio la persona del terapeuta, le aspettative del paziente e il contesto sociale in cui l'intervento viene attuato».

Oltre alla dimostrata efficacia di una psicoterapia, sono importanti le preferenze di chi deve sottoporsi al trattamento, visto che per tutti i disturbi psicologici esistono alternative terapeutiche farmacologiche valide. Per i motivi più diversi (economici, culturali o di disponibilità di tempo), una persona può preferire un trattamento piuttosto che un altro. Ma chi preferisce una psicoterapia agli psicofarmaci ha anche altre

aspettative, oltre quella della riduzione dei sintomi.

Secondo Pim Cuijpers del Department of Clinical Neuro and Developmental Psychology della Vrije Universiteit di Amsterdam, anche lui presente al convegno di Napoli, «sono gli stessi pazienti che dovrebbero avere l'ultima parola nel decidere obiettivi e risultati di una psicoterapia». Tra questi sicuramente ha un posto la qualità di vita, che alla fine del percorso dovrebbe migliorare, anche quando i sintomi non sono del tutto scomparsi. In Inghilterra il governo ha recentemente deciso di rendere maggiormente disponibile la psicoterapia nel Servizio sanitario nazionale. Quindi ha formato migliaia di operatori disseminandoli sul territorio.

«È un'iniziativa basata su calcoli fatti da economisti» dice Paolo Migone, condirettore della rivista *Psicoterapia e Scienze Umane* (www.psicoterapiaescienzeumane.it) dove il progetto inglese è descritto in dettaglio nel numero 4 del 2017. «Infatti le ricerche dimostrano che in molti casi di ansia e depressione la psicoterapia è più efficace dei farmaci, per cui i pazienti guariscono prima e si assentano meno dal lavoro, con un guadagno per le casse dello Stato. Anche in Italia si sta cercando di muovere i primi passi in questa direzione, e di recente ho partecipato a una riunione di una commissione di esperti all'Istituto superiore di sanità finalizzata proprio a proporre linee guida per la cura dell'ansia e della depressione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli effetti negativi

«I possibili effetti negativi della psicoterapia sono stati trascurati dalla ricerca svolta finora» dice Pim Cuijpers.

«Risposte negative alla psicoterapia possono essere un peggioramento durante la cura o l'insorgenza di importanti effetti avversi, ma anche la mancata risposta al trattamento o la sua interruzione».

Psicoterapie in realtà poco diffuse, ma più a rischio di effetti negativi, sono quelle chiamate «di rinascita» o quelle basate sulle tecniche di recupero delle memorie.

«Sono trattamenti che hanno effetti negativi generali, e quindi dovrebbero essere evitate», conclude Cuijpers.

Da sapere**Psicoanalisi**

La psicoanalisi classica, messa a punto da Sigmund Freud e poi diversificatasi in diversi orientamenti, indaga i fenomeni intrapsichici, dando soprattutto importanza a quelli inconsci, e utilizza il rapporto tra terapeuta e paziente come fondamentale strumento di cura (transfert e controtransfert). Nella versione classica il paziente è disteso sul lettino e il terapeuta siede alle sue spalle. Vengono effettuate da tre a cinque sedute settimanali e il trattamento può protrarsi anche per molti anni, avendo come obiettivo la rimodulazione del mondo intrapsichico del paziente. Tenzialmente la psicoanalisi contemporanea presta attenzione non solo al mondo interno, ma anche alle relazioni interpersonali.

Interpersonale

La psicoterapia interpersonale (Inter-Personal Therapy, IPT) è focalizzata pressoché esclusivamente sulle relazioni interpersonali, considerate possibile causa di problemi psicologici. Anche in questo caso il trattamento ha durata limitata, in genere non più di venti sedute. È una psicoterapia nata in un contesto di ricerca per l'efficacia della psicoterapia, e utilizza tecniche derivate sia dalla psicoterapia psicodinamica sia da quella cognitiva.

Cognitiva

La terapia cognitiva punta a modificare le cognizioni, quindi di fatto i pensieri del paziente, considerati la causa prima dei suoi sintomi psichici. È stata sviluppata negli anni Cinquanta negli Stati Uniti, soprattutto per il trattamento della depressione.

Cognizioni negative su se stessi e sul mondo possono provocare stati depressivi, ed è modificando tali cognizioni che si cerca di migliorare l'umore del paziente.

In alcuni casi è affiancata da strumenti comportamentali, finalizzati a modificare il comportamento osservabile e allora si parla di psicoterapia cognitivo-comportamentale.

Sistemica

Molto apprezzata in Italia a partire dagli anni Settanta, è utilizzata in particolare per il trattamento delle famiglie con un componente che ha disturbi psichici anche gravi. È focalizzata sulle relazioni nella famiglia piuttosto che sul singolo. Obiettivo è modificare le relazioni intra-familiari per mezzo di specifiche strategie comportamentali o verbali. A partire dagli anni Ottanta ha superato una certa rigidità teorica e tecnica, assimilando anche aspetti psicodinamici.

250

le diverse forme
di psicoterapia censite
da Richie Herink nel suo
libro *The Psychotherapy
Handbook*

389

gli Istituti di psicoterapia
abilitati dal Ministero
dell'istruzione,
dell'università
e della ricerca (MIUR)

A orientamento psicodinamico

Basata sui principi della psicoanalisi, anche questa terapia indaga i fenomeni intrapsichici, soprattutto inconsci, ma ha un ridotto numero di sedute settimanali rispetto alla psicoanalisi.

Spesso il paziente è seduto e non sdraiato sul classico lettino freudiano. Mira a capire le ragioni inconscie per le quali si è sviluppato il disturbo.

Dato che la psicoanalisi dopo Freud si è frammentata in vari indirizzi, esistono anche psicoterapie derivate, come la Psicologia analitica di Jung basata sui concetti di archetipi e inconscio collettivo, o la Psicologia individuale di Adler che dà spazio alla rieducazione del paziente.

«Del benessere»

Well-Being Therapy (WBT), terapia del benessere.

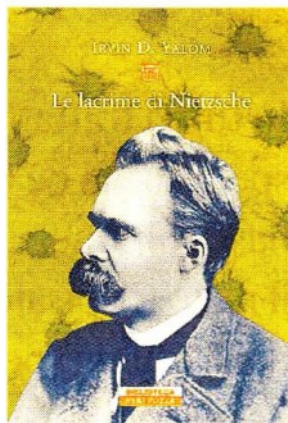
Messa a punto di recente, utilizza strumenti simili a quelli della psicoterapia cognitivo-comportamentale, come il diario del paziente, che però non è focalizzato sui momenti e le emozioni di maggiore disagio, ma sui momenti di benessere psicologico.

Il ciclo di incontri base è di otto-dodici sedute.

Utilizzata inizialmente per il trattamento della depressione, viene impiegata oggi in diversi disturbi psichici e anche per contrastare dei sintomi residui dopo il superamento di una fase depressiva, che predispongono a nuove ricadute.

In libreria

Due letture stimolanti per chi è interessato ai temi relativi alla psicoterapia possono essere *Le lacrime di Nietzsche* (Neri Pozza) e *Guarire d'amore, storie di psicoterapia* (Raffaello Cortina) entrambi di Irvin D. Yalom, professore di Psichiatria alla Stanford University in California. Nel primo libro, un romanzo, la vicenda è ambientata nella



Vienna di fine Ottocento. Il protagonista è proprio il filosofo tedesco, appena lasciato dall'affascinante e magnetica Lou Salomé. Nietzsche, prostrato, sofferente si rivolge a Joseph Breuer, medico ebreo e futuro padre della psicanalisi, convinto che la guarigione del corpo passi attraverso quella dell'anima. Ma anche Breuer vive una forte crisi esistenziale e fra i due si instaura un intenso e profondo dialogo. Con un epilogo sorprendente e seminale per la nascita della psicoterapia. Il secondo libro è invece una collezione di casi clinici, reali. Da chi non riesce a tenerla a bada i propri impulsi sessuali, a chi non può liberarsi di un amore finito, a chi non ce la fa proprio a buttare via un pacco di lettere. Tutti spunti per una riflessione sul disagio esistenziale.

L. Rip.

Tecniche «su misura»

Per rispondere a esigenze molto diverse

In tutti i trattamenti specialistici c'è una base comune, il resto è ispirato dalla scuola specifica. Anche per questo non è facile stabilire che cosa determini il miglioramento

L'atteggiamento empatico verso il paziente dovrebbe essere comune a tutti gli orientamenti

Proprio come sarebbe bene sapere se il chirurgo al quale ci affidiamo ha una sufficiente conoscenza e una diretta esperienza in sala operatoria nel tipo di intervento al quale ci sottoporremo, così sarebbe bene sapere qual è l'orientamento teorico e pratico dello psicoterapeuta al quale ci rivolgiamo.

Infatti, sarebbe giusto aspettarsi che lo psicoterapeuta utilizzi una specifica forma di psicoterapia di dimostrata efficacia per il nostro disturbo.

Però si sa anche che le persone reali non rientrano facilmente nelle descrizioni dei manuali.

Disturbi complessi

«La comorbidità — l'associarsi di più forme di disturbo nella stessa persona — è la norma» dicono Peter Fonagy del Research Department of Clinical, Educational and Health Psychology dell'University College di Londra (UCL) e Patrick Luyten della Faculty of Psychology and Educational Sciences di Leuven in un articolo su *World Psychiatry*. «E la comorbidità richiede flessibilità se si vogliono erogare in maniera efficace terapie specializzate».

Ma non è tutto qui. «Molti trattamenti psicoterapeutici specialistici si focalizzano solo su un limitato numero di meccanismi di cambiamento, mentre esiste una significativa eterogeneità all'interno di ogni singolo disturbo».

Adattamento

Quindi sarebbe proprio per andare incontro alle esigenze del paziente seduto in quel momento nel suo studio che lo psicoterapeuta è costretto ad adattare le tecniche psicoterapeutiche, come fa un sarto con il vestito.

Un procedimento reso possibile anche dal fatto che l'efficacia delle psicoterapie è dovuta a specifici fattori terapeutici di ogni singolo approccio teorico-pratico, ma anche al supporto emotivo/sostegno comune a tutte le psicoterapie.

Il verdetto di Dodo

Come spiega Paolo Migone: «In *Alice nel paese delle meraviglie* Lewis Carroll racconta di un uccello chiamato Dodo che indice una corsa al termine della quale dichiara: "Tutti hanno vinto e ognuno merita un premio". Lo psicologo Saul Rosenzweig nel 1936 utilizzò per primo la metafora del «verdetto di Dodo», che divenne famosa, per alludere appunto al problema dei cosiddetti «fattori comuni» o «aspecifici» di tutte le psicoterapie, poiché molte ricerche dimostravano che in effetti terapie diverse tra loro davano risultati simili.

«Lo spettro del verdetto di Dodo

ha perseguitato i ricercatori per tanti anni, in quanto minaccia l'identità di tante scuole psicoterapeutiche che vantano una superiorità basata appunto su una loro specificità» prosegue Migone. «Oggi molta strada è stata fatta nel campo della ricerca in psicoterapia e le metodologie si sono perfezionate allo scopo di dimostrare che di fatto esistono differenze di efficacia tra le varie psicoterapie. Però il dibattito su fattori comuni e specifici è ancora molto vivo, come affermò una volta Lester Luborsky, uno dei più prestigiosi ricercatori del settore, nel titolo di un suo famoso articolo, *Dodo è ancora vivo e vegeto - per lo più*. Non siamo cioè arrivati a fare una definitiva chiarezza in questo campo, soprattutto perché la ricerca in psicoterapia presenta notevoli difficoltà metodologiche.

«Una cosa infatti è pensare, com'è naturale, che le psicoterapie non siano tutte uguali, altra cosa è dimostrarlo scientificamente. Se proprio vogliamo dare delle percentuali, si può dire, in modo molto approssimativo, che il 30 per cento del miglioramento è dovuto ai fattori comuni; questo non vuol dire



però che il restante 70 per cento sia dovuto solo a fattori specifici, perché è dovuto anche ad altri fattori, quali le caratteristiche del paziente o influenze esterne alla terapia».

Ma se i fattori specifici hanno un ruolo importantissimo, allora sarebbe opportuno studiarli ancora meglio.

Fattori specifici

«In tal modo però paradossalmente diventano sempre più specifici» dice ancora Paolo Migone. «Non

solo, ma vi sono alcune scuole psicoterapeutiche che considerano specifici i fattori che altre scuole ritengono aspecifici: ad esempio, se un atteggiamento empatico e di ascolto del terapeuta può essere ritenuto un fattore aspecifico, in quanto dovrebbe essere comune a tutti gli approcci, una scuola di psicoterapia può addirittura metterlo al centro della propria tecnica e a questo punto diventa un fattore specifico di quella scuola».

Daniilo di Diodoro

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Internet

Pro e contro della opzione online

La psicoterapia con Internet è molto praticata. Ha vantaggi e svantaggi, come ogni forma di psicoterapia. Gli oppositori di questa forma di psicoterapia spesso hanno pregiudizi, e dimenticano che già negli anni '50 negli Stati Uniti c'era la *telephone analysis*, la terapia col telefono, che suscitò le stesse resistenze. Oggi, con il video del computer, la psicoterapia è ancor più simile a quella «reale» e alcune ricerche indicano che può essere efficace.

Una forma di auto-aiuto

È possibile fare psicoterapia da soli seguendo le istruzioni di un manuale?

Chi soffre di una forma di depressione lieve e vuole affrontarla senza entrare in una vera e propria psicoterapia, ma avendo comunque buone possibilità di stare meglio, può tentare una biblioterapia, una forma di trattamento di auto-aiuto, basata sui principi della terapia cognitiva (si veda anche a pag. 5). Lo strumento è il libro *Sentirsi bene* (Mondadori) di David Burns, del Department of Psychia-

Nelle forme lievi di depressione può essere uno strumento utile, ma il rischio di ricadute è alto

try and Behavioral Sciences della Stanford University, che insegna strategie per controllare pensieri ed emozioni di stampo negativo, da applicare nella vita quotidiana. «Nella letteratura scientifica ci sono diversi studi che mostrano come la biblioterapia possa essere di aiuto per le persone che sof-

frono di depressione» dice Maria Rosaria Gualano del Dipartimento di Scienze della sanità pubblica e pediatriche dell'Università di Torino, autrice con un gruppo di collaboratori di una revisione sistematica sull'argomento, pubblicata sulla *Clinical Psychology Review*. «È appropriata per chi soffre di depressione lieve, per la quale un trattamento standard non è sempre l'opzione da preferire». Garantisce alcuni vantaggi soprattutto a chi ha difficoltà a raggiungere uno psicoterapeuta, non può affrontare i costi di una psicoterapia, oppure non si sente pronto ad affrontarla. Un altro potenziale vantaggio è quello della discrezione, visto che perfino un semplice stato depressivo può essere gravato dallo stigma legato ai disturbi psichici. «In alcuni casi i risultati sono comparabili a quelli di una psicoterapia individuale» dicono ancora gli autori della revisione, «sebbene siano possibili più ricadute».

D.d.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

947

gli psicoanalisti
della Società Psicoanalitica
Italiana (SPI)

109924

gli psicologi iscritti all'Albo
dell'Ordine degli psicologi,
di cui 55.499 psicoterapeuti



DATA STAMPA

MONITORAGGIO MEDIA, ANALISI E REPUTAZIONE

Come orientarsi fra le figure professionali

Quale formazione viene richiesta agli «strizzacervelli»

Chi sono gli psicoterapeuti ai quali ci rivolgiamo? Qual è la loro formazione? Non è facile orientarsi quando si decide di intraprendere una psicoterapia, dal momento che questo tipo di trattamento può essere effettuato da diverse figure professionali, e non mancano zone di incertezza, nelle quali è possibile incontrare operatori con una formazione poco verificabile.

«In Italia possono praticare la psicoterapia solo i medici e gli psicologi che, dopo la laurea, hanno completato una formazione quadriennale in una scuola di specializzazione universitaria o in un istituto riconosciuto dal Ministero», spiega Paolo Migone. «È quanto indica la legge 56 del 1989. Però i problemi, se sono stati risolti a livello burocratico, permangono a livello pratico: esistono infatti molte professioni di aiuto, e grazie alla legge sulle liberalizzazioni chiunque può mettersi sul mercato e di fatto fare concorrenza agli psicoterapeuti. Vi sono infatti i mediatori familiari, i counselor, i pedagogisti clinici, i coach e gli psicologi che non hanno seguito una scuola di psicoterapia. Molti possono es-

sere bravi, anche più di uno psicoterapeuta riconosciuto. È il mercato che decide, con l'attrattiva che i singoli orientamenti hanno sui consumatori, o col passaparola. C'è anche chi si mette sul mercato definendosi psicoanalista, termine non regolamentato. Ciò è possibile perché in qualche modo si presuppone che esista una differenza tra psicoanalisi

Esiste una variabilità significativa in termini di metodo e di verifiche per l'attribuzione dei diversi titoli

e psicoterapia, anche se in realtà la psicoanalisi è una forma di psicoterapia. Gli Ordini degli psicologi hanno cercato di difendere i loro iscritti intentando cause per abuso di professione, ma non avendo la legge 56 del 1989 definito la psicoterapia questo compito non è facile. Il vero problema è la formazione: chi forma i vari professionisti delle relazioni di aiuto? Chi controlla la formazione? In genere sono le rispettive associazioni profes-

sionali, per cui esiste una grande variabilità in termini di qualità e durata della formazione. Del resto va detto che una grande variabilità esiste anche tra le scuole quadriennali di psicoterapia riconosciute dal Ministero, perché sono ormai centinaia e non facilmente controllabili, anche perché è arduo trovare standard condivisi in una miriade di culture e di pratiche così diverse».

Anche i medici specialisti in psichiatria hanno il diritto per legge al titolo di psicoterapeuta e nel 2015 è stato emanato un decreto interministeriale che prescrive l'insegnamento della psicoterapia nelle scuole di specializzazione in psichiatria. «È un settore in cui i problemi sono complessi» dice Migone. «E la formazione in psicoterapia non può limitarsi alla frequenza di una scuola formalizzata, ma dura tutta la vita e richiede una buona dose di curiosità, motivazione personale, passione. Quindi la scuola di psicoterapia va considerata una delle tante tappe della propria formazione continua».

D.d.D.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Adolescenti

Per dormire non basta silenziare il telefono

I nostri ragazzi riposano male e non abbastanza, hanno difficoltà a svegliarsi, sono stanchi durante la giornata. Tutti effetti nocivi dell'eccessivo utilizzo dei cellulari, che non vengono mai spenti

di **Maurizio Tucci**

Dormono meno di quanto sarebbe necessario, vanno a letto molto tardi e hanno un sonno spesso disturbato da una costante «connessione» - effettiva e/o psicologica - con il loro ambito relazionale. È questo, in estrema sintesi, il quadro che emerge dall'indagine «Gli adolescenti e il sonno» realizzata dall'Associazione no-profit Laboratorio Adolescenza e l'Istituto di Ricerca IARD, in collaborazione con ACP (Associazione Culturale Pediatri) e con il contributo non condizionante di Uriach Italia, divisione Laborest.

Solo il 6,8% del campione intervistato afferma di dormire almeno 9 ore per notte («dose» di sonno opportuna a quell'età), mentre il 20% dorme addirittura meno di 7 ore. D'altra parte andando a letto tra le 22 e le 23 (55%) o dopo le 23 (28%), di tempo per riposare adeguatamente, specie se si è in periodo scolastico, non ne resta molto.

Inoltre, il 72% delle femmine e il 58,5% dei maschi sostiene di avere

problemi ad addormentarsi (al 13% il problema si presenta spesso) e al 66% (72,3% delle femmine) capita (qualche volta o spesso) di svegliarsi durante la notte e di non riuscire più ad addormentarsi.

E i risvegli notturni risultano più frequenti di quanto non sarebbe ragionevole aspettarsi da ragazze e ragazzi. «Andare a letto e avere un sonno ristoratore non sono la stessa cosa — commenta Maria Luisa Zuccolo, responsabile del gruppo di lavoro adolescenza dell'Associazione Culturale Pediatri — e le conseguenze del dormire poco e male, come gli stessi adolescenti riferiscono, sono evidenti: difficoltà a svegliarsi al mattino, avere un senso di stanchezza durante la giornata, mal di testa, effetti negativi sul rendimento scolastico; in breve tutti i sintomi della cosiddetta Sindrome da fase del sonno ritardata».

«Nonostante queste evidenze — continua l'esperta — il problema è sottostimato. Anche quando l'insonnia non è occasionale gli adolescenti ne parlano poco, non solo con il medico (28%) ma anche con la famiglia. Risulta, infatti, che in oltre il 40% dei casi i genitori non sono a conoscenza di questo problema. È fondamentale quindi che i pediatri si abituino a porre, direttamente agli adolescenti, domande sulla qualità del sonno».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

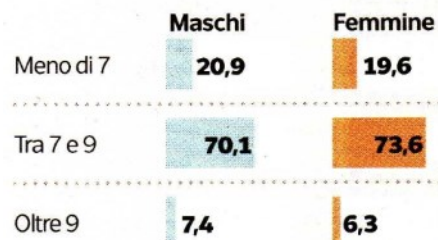


L'indagine

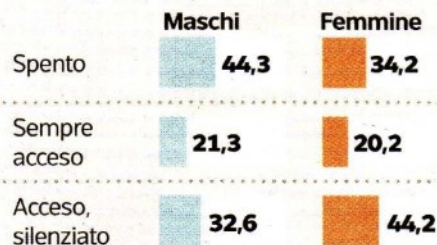
Dati espressi in %



Quante ore dormi di solito durante l'anno scolastico?



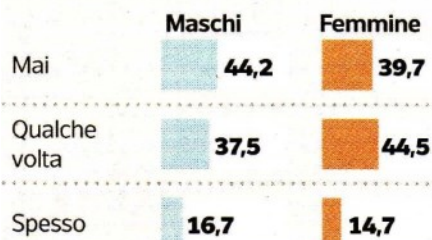
Di notte il tuo cellulare/ smartphone è



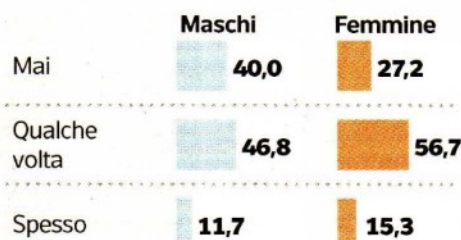
Fonte: Indagine «Gli adolescenti e il sonno», Associazione Laboratorio Adolescenza, Istituto di Ricerca IARD, Associazione Culturale Pediatri (2019); campione nazionale rappresentativo di 2.019 studenti (1.027 maschi e 992 femmine, età 12-14 anni)



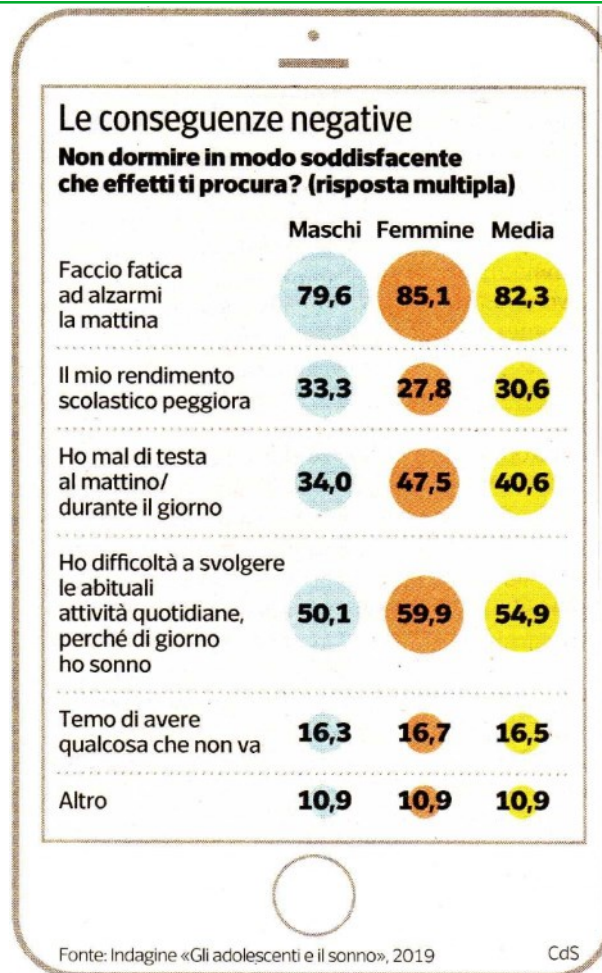
Ti capita, durante la notte, di messaggiare con i tuoi amici sui social network?



La sera fai fatica ad addormentarti?



CdS



Differenze

Stanno molto peggio i giovani che vivono nelle grandi metropoli

Tutti gli aspetti descritti risultano manifestarsi in modo più critico tra gli adolescenti che vivono nelle grandi aree metropolitane, rispetto ai loro coetanei residenti in città o comuni più piccoli. «È un evidente effetto dello stile di vita molto diverso tra gli adolescenti metropolitani rispetto agli altri — osserva Carlo Buzzi, sociologo dell'Università di Trento e direttore scientifico dell'indagine —. La grande città offre più

stimoli, più opportunità e, per alcuni versi, può anche favorire una maggiore apertura mentale dei giovanissimi, ma il prezzo che si paga sono ritmi di vita più stressanti (basti solo pensare ai tempi di spostamento), orari meno cadenzati, ed anche una competitività maggiore. È inevitabile che tutto questo abbia effetti anche nel momento del riposo serale e notturno al quale si arriva meno rilassati».

I rimedi

Camomille e tisane al top Ma c'è anche chi si affida ai social come sonnifero

Ancora una volta il fatidico telefono cellulare finisce sul «banco degli imputati».

Netta la differenza - in peggio - tra le risposte di chi dice di spegnerlo prima di andare a letto, rispetto a chi dice di tenerlo acceso ma silenzioso, soprattutto, di lasciarlo acceso e

non silenzioso. Afferma di dormire meno di sette ore a notte il 14,7% dei giovanissimi che lo spengono e il 32,9% di quanti invece lo lasciano sempre «on». Tra chi lo tiene acceso, allo stesso modo, aumenta la percentuale di chi fa fatica a prendere sonno (69,2% contro 61%).

Inevitabile conseguenza di questa connessione H24 è che il 44,4% frequenta (qualche volta) i social anche di notte e il 26% lo fa spesso.

Così il cellulare diventa il rifugio naturale di chi non riesce ad addormentarsi (o si sveglia e non riesce a riprendere sonno): il 39,7% dei gio-

vani insonni si tuffa nei social pensando di utilizzare come «sonnifero» proprio uno dei maggiori imputati dell'insonnia. Una sorta di bizzarra terapia di stampo omeopatico (il simile che cura il simile).

Di fronte alla difficoltà di dormire, inoltre, il 44% si affida a camomilla e tisane, mentre meno del 10% utilizza prodotti non farmacologici (a base di Valeriana, Melatonina, o altro), ma solo il 42% lo fa su indicazione del pediatra o del medico curante. Ma ciò che si registra, dalla lettura dei dati dell'indagine, è anche una significativa differenza «di genere» riguardo al sonno. «Il doppio delle femmine rispetto ai maschi — evi-

denzia Maria Luisa Zuccolo, responsabile del gruppo di lavoro adolescenza dell'Associazione Culturale Pediatri — ha difficoltà ad addormentarsi e riporta come motivo la tristezza, il sentirsi nervose o i «pensieri», evidenziando quanto il disturbo del sonno sia tendenzialmente un sintomo ansioso, internalizzato e prevalentemente femminile». Una evidenza, questa, che non sorprende la psicologa Silvia Vegetti Finzi: «I momenti che precedono il sonno rappresentano uno stato crepuscolare della mente in cui affiorano le fantasie, e a quell'età le ragazze sono molto più inclini a lasciarsene trascinare. Così come un maggior coin-

volgimento nei confronti dei «problemi» (amici, famiglia...) è anch'esso tipico del rapporto molto più partecipe, rispetto ai maschi, che le ragazze hanno nei confronti della loro sfera privata».

Ma bisogna anche cercare di non drammatizzare troppo la situazione, aggiunge Silvia Vegetti Finzi: «Cariarsi d'ansia perché a volte si fa fatica ad addormentarsi non fa che acuire il problema, mentre le riflessioni nel dormiveglia, anche se tolgono qualche minuto di sonno, rappresentano un momento e uno spazio psicologicamente fecondo».

M.T.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Un dolore forte dal fianco alla coscia ma «davanti»

Cruralgia

Mario Manca
Presidente Otodi,
Ortopedici
e traumatologi
ospedalieri
d'Italia;
direttore U.o.c
Ospedale
della Versilia,
Lido di Camaiore

Quasi tutti conoscono la sciatalgia, il tanto comune dolore che parte dalla zona lombare e scende lungo il corso del nervo sciatico, passando per il gluteo e la parte posteriore della coscia. A volte, però, può capitare che il dolore prenda una direzione diversa, anteriore, lungo il territorio di un altro nervo, quello crurale o femorale che ha origine sempre dall'area lombare. In questi casi si parla di *cruralgia*, un sintomo comune ma non sempre ben inquadrato.

Quali sono le cause più comuni?

«La causa più frequente è una sindrome irritativa della quarta radice lombare, che genera il nervo crurale o femorale — spiega Mario Manca, presidente Otodi, Ortopedici e traumatologi ospedalieri d'Italia, e direttore dell'Unità operativa complessa dell'Ospedale della Versilia di Lido di Camaiore —. Tale sindrome è spesso legata a una problematica di natura vertebrale. La più classica è l'irritazione o la compressione della radice del nervo femorale dovuta alla presenza di un'ernia discale che protrude verso la parte interna del canale spinale o nei forami intervertebrali. Possono essere inoltre chiamate in causa alterazioni delle vertebre conseguenza di fenomeni artrosici o artrici nonché la stenosi lombare, una discopatia degenerativa dovuta a un restringimento del canale vertebrale il quale determina, a sua volta, la compressione delle radici nervose».

Quali sono i sintomi spia?

«Tipico è il dolore sulla faccia anteriore e su

È il campanello d'allarme caratteristico di questa sindrome, spesso legata a un problema di natura vertebrale.

Il più classico è l'irritazione della radice del nervo femorale

quella interna della coscia che a volte può arrivare fino al piede o interessare anche l'area lombare. Al dolore possono essere associati anche altri disturbi come formicolii, sensazione di scossa elettrica e, nei casi più seri, perdita di forza del quadricipite. Il dolore peggiora con la marcia e il carico e può aumentare in seguito a semplici colpi di tosse o starnuti».

Come si effettua la diagnosi?

«Con un'attenta visita in cui lo specialista non solo valuta la tipologia del dolore e i sintomi associati, ma anche altri parametri come la forza dei vari distretti muscolari e la sensibilità lungo il decorso dei vari nervi che si diramano dalle radici spinali. Il tutto anche per capire l'origine del dolore e differenziarlo da altre condizioni che possono dare sintomi nella stessa area, per esempio l'artrosi dell'anca. Esistono anche manovre specifiche come quella di Wasserman. Il ricorso a indagini strumentali, in particolare la risonanza magnetica, viene riservato ai casi più seri, dopo il fallimento delle terapie mediche e riabilitative».

Quali sono i trattamenti possibili?

«In prima battuta l'approccio è sempre conservativo. In genere si inizia con il paracetamolo, per poi passare, se questo non è sufficiente, agli antinfiammatori non steroidei e infine ai cortisonici o agli oppioidi nei casi più gravi. Per prevenire ricadute può giovare un programma riabilitativo con esercizi specifici per la colonna e posturali. La chirurgia viene riservata a casi selezionati ed è sempre bene affi-



darsi a chirurghi spinali con elevata esperienza. Le ernie spesso regrediscono da sole e l'intervento di microdiscectomia viene eseguito in meno del 20 per cento dei casi, per esempio in presenza di ernie talmente voluminose da provocare un disturbo sia della forza dei piedi sia della funzione vescicale. L'approccio chirurgico può trovare indicazione anche nella stenosi lombare. Grazie ai progressi conseguiti nelle tecniche e negli strumenti, oggi si può intervenire con la microchirurgia (intervento di *microdecompressione*), che comporta deneghe minime e permette una ripresa rapida del cammino».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Ernia del disco

Così funziona la tecnica mininvasiva

La microdiscectomia è una tecnica mininvasiva per il trattamento dell'ernia discale lombare che prevede la rimozione dei frammenti discali fuoriusciti. L'obiettivo è evitare la compressione della radice nervosa (e quindi il dolore) e allo stesso tempo ridurre l'impatto dell'ernia sulle strutture ossee, muscolari e sull'anello fibroso che fa da impalcatura al disco intervertebrale.

A.S. Inoltre nella coxalgia, il dolore aumenta nel passaggio dalla posizione seduta a quella in piedi e quasi mai si accompagna a disturbi della sensibilità. Muovendo l'anca, soprattutto ruotando all'interno l'arto, si evoca dolore. Infine, se di norma la motilità di questa articolazione è abbastanza ampia, in caso di coxalgia risulta spesso limitata e causa di dolore».

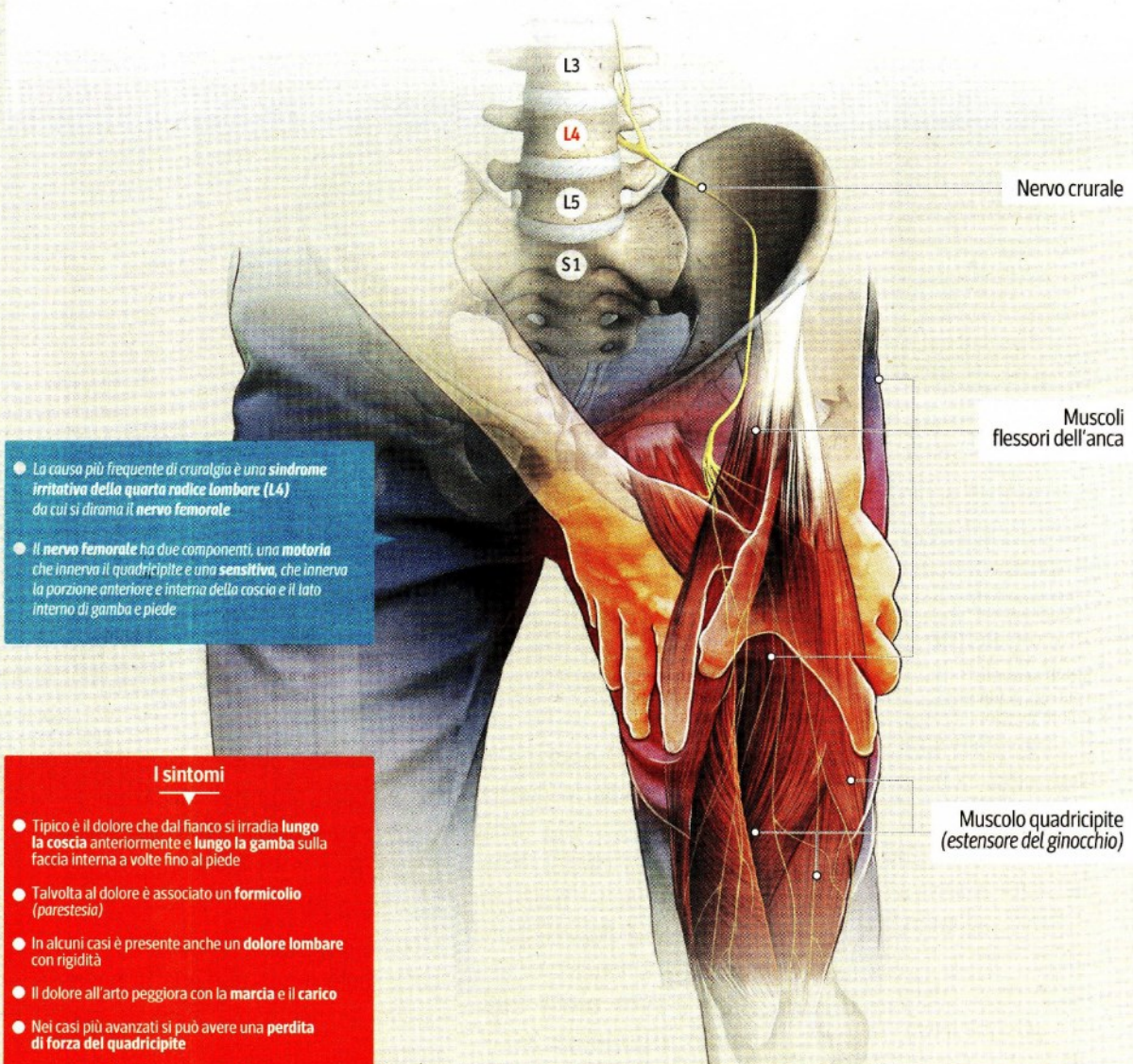
A.S.

Differenze

Non bisogna confonderla con la coxalgia

A volte può capitare che la cruralgia venga confusa con la coxalgia, ovvero il dolore all'anca. Ma un'attenta valutazione permette di distinguere le due condizioni come puntualizza Manca: «Innanzitutto la localizzazione del dolore è un po' diversa: quello dell'anca interessa tipicamente il gluteo, l'inguine e la coscia fino al ginocchio (di rado scende al di sotto).

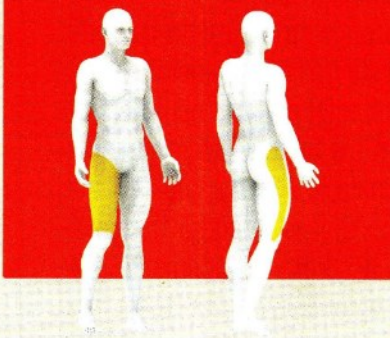
Con il termine **cruralgia** si intende un dolore che si irradia lungo la faccia anteriore della coscia e il lato interno della gamba, seguendo il corso di innervazione del nervo crurale o femorale



- La causa più frequente di cruralgia è una **sindrome irritativa della quarta radice lombare (L4)** da cui si dirama il **nervo femorale**
- Il **nervo femorale** ha due componenti: una **motoria** che innerva il **quadricipite** e una **sensitiva**, che innerva la porzione anteriore e interna della coscia e il lato interno di gamba e piede

I sintomi

- Tipico è il dolore che dal fianco si irradia **lungo la coscia anteriormente e lungo la gamba** sulla faccia interna a volte fino al piede
- Talvolta al dolore è associato un **formicolio (parestesia)**
- In alcuni casi è presente anche un **dolore lombare** con rigidità
- Il dolore all'arto peggiora con la **marcia** e il **carico**
- Nei casi più avanzati si può avere una **perdita di forza del quadricipite**



La diagnosi

- Si basa sui **sintomi** e l'esecuzione di manovre che riproducono il **dolore**, come il **test di Wassermann**

Manovra di Wassermann

Con il paziente sdraiato a pancia in giù sul lettino, il medico piega la gamba sulla coscia e valuta il manifestarsi (cruralgia) o meno del dolore



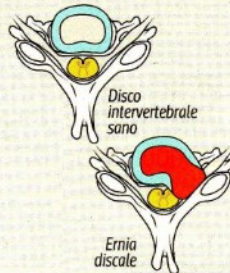
- Se il dolore persiste nonostante le cure, è utile eseguire una **risonanza magnetica**

Le cause

All'origine della cruralgia ci sono di solito problematiche di natura vertebrale come

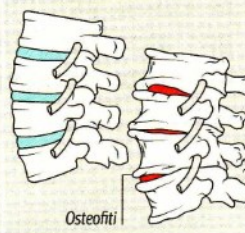
Ernia discale

È dovuta alla fuoriuscita, dalla sua sede naturale, del **nucleo polposo** contenuto nel **disco intervertebrale**



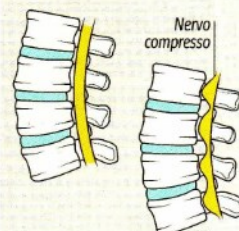
Osteofiti

Sono **escrescenze ossee** che si possono formare a livello dei dischi intervertebrali soprattutto a causa di fenomeni di **artrosi** o **artrite**



Stenosi lombare

È dovuta a un restringimento del **canale vertebrale**, che determina la **compressione delle radici nervose**



Le cure

- Nella maggiorparte dei casi, i sintomi migliorano da soli nell'arco di pochi giorni
- Per alleviare il dolore si può ricorrere a **farmaci antinfiammatori** e, nei casi più gravi, ad **antidolorifici oppioidi** (sotto osservazione medica)
- Può giovare una **terapia riabilitativa** con esercizi mirati per la colonna e di **rieducazione posturale**
- Nei casi più gravi in cui il dolore persiste si può prendere in considerazione l'**approccio chirurgico**

Liste d'attesa e pochi medici in Polonia

La copertura sanitaria è in teoria universale ma deve fare i conti con risorse limitate e con la carenza di personale

di Iwona Krzywda
e Remigiusz Poltorak

Quello polacco è considerato un sistema sanitario fra i più in sofferenza d'Europa. I suoi maggiori problemi sono rappresentati da un bilancio ristretto, dalla carenza di personale e dalle lunghe code di attesa per beneficiare di un servizio in teoria universale e gratuito. Nell'ultimo rapporto dell'Euro Health Consumer Index (Ehci) sulla qualità e l'efficienza delle cure nei Paesi europei, la Polonia era in fondo alla lista (solo Albania, Romania e Ungheria hanno registrato risultati peggiori).

Una delle cause è la spesa limitata messa a disposizione dal bilancio dello Stato.

In Polonia, tutti i cittadini che pagano il contributo sanitario godono dell'assistenza medica gratuita e di un pacchetto di «prestazioni garantite» (visite, interventi chirurgici o esami gratis) che è piuttosto ampio e diversificato.

È relativamente facile per i polacchi fissare un appuntamento con i medici di assistenza primaria, mentre le file dei pazienti in attesa davanti alle porte dei medici specializzati stanno crescendo a un ritmo molto alto.

Tempi lunghi

I dati raccolti dalla Fondazione Watch Health Care mostrano che, in media, bisogna aspettare circa quattro mesi per ottenere una visita ortopedica, neurologica, cardiologica o ginecologica.

Quattro settimane in più rispetto al 2016. Così gran parte dei polacchi decide di pagare per ottenere una consulenza medica rapida.

Nelle strutture mediche più richieste possono volerci anni di attesa per una protesi del ginocchio o dell'anca. Lo stesso succede ai pazienti affetti da cataratta.

Ambulatori

Un altro problema è rappresentato dalla mancanza di personale.

Secondo i dati dell'ordine dei medici, attualmente 137 mila specialisti (esclusi i dentisti) si prendono cura della salute dei polacchi. Quasi il 25 per cento di loro sono pensionati che potrebbero già ritirarsi lavoro, ma negli ambulatori e negli ospedali non c'è nessuno per sostituirli. Ci sono solo 2,3 medici ogni mille cittadini.

Sebbene gli studi di medicina in Polonia godano di una notevole popolarità la formazione di un ortopedico o di un cardiologo richiede molti anni. Dopo la laurea, il futuro specialista deve affrontare la specializzazione (lo stipendio base

equivale a circa 900 euro). Ovviamente in seguito gli stipendi aumentano, ma restano distanti da quelli dei colleghi dell'Europa occidentale.

Tutti problemi che sono alla base di tensioni. I medici richiedono l'aumento della spesa sanitaria al 6,8 per cento del Pil nei prossimi tre anni, annunciando un limite massimo di 48 ore settimanali per ricevere i pazienti.

Oncologia

L'oncologia è uno dei veri talloni d'Achille del sistema sanitario, nonostante i tentativi di migliorare a oggi metà dei trattamenti innovativi usati in altri Paesi europei non sono disponibili per i pazienti polacchi. Non sorprende quindi che il tasso di sopravvivenza dei malati di tumore metta la Polonia (secondo il rapporto Ehci) al penultimo posto nel vecchio continente, precedendo solo la Romania:

Eccellenze

Nonostante le difficili condizioni di lavoro, molti medici polacchi appartengono tuttavia all'avanguardia mondiale nella loro attività. Per esempio, il sistema polacco del trattamento di pazienti con infarto miocardico acuto è stato preso a modello in altri Paesi.

Grazie alle soluzioni perfezionate nel corso degli anni, nelle migliori istituzioni cardiologiche polacche la mortalità per infarto è più bassa rispetto a diversi Paesi dell'Europa Occidentale.

* giornalisti rispettivamente di Dziennik Polski e Interia

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Per gli stranieri

Prestazioni rimborsate
per turisti e lavoratori
con carta europea

I cittadini italiani in Polonia per turismo possono accedere alle cure mediche con la Team (la carta sanitaria europea), in questo caso per le eventuali necessità terapeutiche deve essere pagato solo il ticket o parte della prestazione (che poi sarà rimborsata dal servizio sanitario al rientro in Italia). È comunque sempre consigliabile stipulare prima della vacanza una polizza sanitaria temporanea. Chi ha bisogno di cure particolari (dialisi, chemioterapia, trattamenti per l'asma) deve contattare la propria Asl prima della partenza. Per soggiorni di lavoro o di studio è necessario fare una richiesta attraverso un modulo reperibile presso la Asl di appartenenza.

Il sistema

In Polonia all'assistenza medica pubblica si affiancano servizi privati a pagamento. Per ricevere assistenza è necessaria l'assicurazione con il Nfz-Fondo Nazionale per la salute, obbligatoria per tutti i lavoratori, che si finanzia con i contributi di dipendenti e datori di lavoro.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ingresso dell'ospedale di Kolobrzeg (Polonia)

Il «Passaporto del guarito»

Realizzata grazie alla Fondazione Veronesi una piattaforma in cui archiviare i dati degli ex pazienti oncologici pediatrici, per aiutarli a gestire eventuali complicanze future legate alle cure ricevute

di **Vera Martinella**

Un'immensa paura e tante lacrime, lunghi mesi di ospedale, anni di controlli, poi finalmente la parola sognata a lungo: guarigione. E un modo nuovo, più intenso e positivo, di affrontare l'esistenza. Le storie di moltissimi bambini e adolescenti che hanno dovuto affrontare un tumore hanno un lieto fine. Nei racconti degli ex piccoli pazienti e dei loro genitori c'è una concetto ricorrente: se è vero che la smisurata angoscia iniziale è inevitabile, poi scopri d'avere una forza che non sapevi. Più affronti le difficoltà, superandole, più l'energia positiva cresce e, quando ti accorgi che hai tutto alle spalle, l'inquietudine se ne va lasciando più forte di prima. «Oggi otto bambini su 10 che si ammalano di tumore guariscono completamente e per la maggior parte di loro la malattia resta solo un brutto ricordo — sottolinea Marco Zecca, presidente dell'Associazione Italiana Ematologia ed Oncologia pediatrica (Aieop) —. Ma c'è una quota di questi ex pazienti che anche molti anni dopo la guarigione può avere problemi di salute legati alle terapie ricevute durante l'infanzia. E c'è bisogno che un concetto sia ben radicato nella società: chi ha avuto un tumore da piccolo, trascorso il tempo necessario, può considerarsi del tutto uguale agli altri». Per rimarcare il diritto degli ex giovani malati a una vita nor-

male Fondazione Umberto Veronesi ha sostenuto il progetto «Passaporto del guarito», che aiuta anche concretamente chi si è ammalato di cancro durante l'infanzia e l'adolescenza a essere sempre meno condizionato dalla malattia che si sono messi alle spalle. Grazie al sostegno della Fondazione è infatti stato messa a punto una piattaforma digitale multilingue per archiviare i dati degli ex pazienti oncologici pediatrici, in modo da aiutarli a gestire eventuali complicanze future legate alle cure anticancro ricevute. «È uno strumento per poter avere la propria storia clinica sempre a portata di click — spiega Monica Ramaioli, direttore generale di Fondazione Veronesi —. I bambini che si sono ammalati a pochi anni di vita non possono avere memoria delle terapie e dell'intero iter di cura. Così come i teenager e i genitori, quando gli anni passano, potrebbero non ricordare con esattezza. Ma in questo modo, ovunque si trovi e a qualunque età, la persona guarita potrà recuperare la propria scheda e ricevere i migliori trattamenti possibili, partendo da una valutazione della sua esatta storia clinica». Ogni anno in Italia si ammalano di cancro circa 1.400 bambini di età compresa tra gli 0 e 14 anni e circa 800 adolescenti fino a 19 anni. Grazie agli enormi passi avanti fatti dall'oncologia pediatrica e dalla ricerca scientifica, oggi il 70 per cento di questi tumori infantili guarisce, con punte dell'80-90 per cento nel caso di leucemie e linfomi. «Nonostante questo, le neoplasie

rappresentano ancora la prima causa di morte per malattia nei più piccoli, ed è per questo che Fondazione Veronesi ha deciso di impegnarsi attivamente per dare una speranza in più ai piccoli malati oncologici e alle loro famiglie — aggiunge Ramaioli —. Così nel 2014 è nato il progetto Gold for Kids, che ha obiettivi concreti, primo fra tutti il sostegno alla ricerca scientifica di eccellenza, con il finanziamento di ricercatori impegnati in tutta Italia nel campo dell'oncologia pediatrica per trovare nuove cure efficaci e permettere di raggiungere la guarigione a un numero sempre maggiore di bimbi e ragazzi». I progressi compiuti sono stati molti, basti pensare che nel 1970 solo il 10 per cento dei piccoli pazienti con alcune forme di leucemia sopravviveva, mentre oggi si arriva al 90 per cento. E per il tumore del testicolo, tipico dei ragazzi, si è passati da zero al 95 per cento. Purtroppo alcuni tipi di cancro (come quelli cerebrali, neuroblastomi, sarcomi) restano difficili da curare. «Per migliorare sia la sopravvivenza sia la qualità di vita dei giovani malati dobbiamo affrontare alcune questioni urgenti — conclude Zecca che è direttore dell'Oncoematologia Pedia-



trica al Policlinico San Matteo di Pavia —, come la possibilità di accesso per i bambini ai nuovi farmaci (che raramente sono sperimentati e approvati in forme e dosaggi adeguati a loro) e la scarsità di sperimentazioni mirate sulle patologie pediatriche. Se tutti questi fronti ci impegniamo ogni giorno, grazie anche all'aiuto concreto di Fondazione Veronesi che sostiene l'apertura di protocolli di cura specifici per i tumori sui quali abbiamo maggiori necessità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Gold for Kids

Nel 2019 Fondazione Veronesi con il progetto Gold for Kids, ha sostenuto il lavoro di 27 ricercatori impegnati nell'oncologia pediatrica a cui si aggiungono i 30 previsti nel 2020. Per informazioni: www.fondazioneveronesi.it



Alessandro

Ogni anno in Italia

si ammalano di cancro circa 1.400 bambini tra gli 0 e 14 anni e circa 800 adolescenti fino a 19 anni. Oggi il 70 per cento di questi tumori infantili guarisce

Il progetto

Nuovi protocolli di diagnosi per i tumori infantili

Grazie ai fondi raccolti dal progetto Gold For Kids di Fondazione Veronesi è stato possibile anche aprire protocolli clinici di diagnosi e cura per i tumori infantili individuati dall'Associazione Italiana di Ematologia e Oncologia Pediatrica (Aieop). «I protocolli sono fondamentali — spiega Marzo Zecca, presidente Aieop —: forniscono le linee guida operative per prendere in carico e curare ciascun paziente, secondo gli standard più elevati e innovativi, garantendo così le migliori possibilità di guarigione». Gli studi aperti hanno coperto neoplasie diffuse (come leucemie e linfomi, finanziati nel 2014-2015-2019) oppure rare, alcune ancora difficili da curare (ependimoma e medulloblastoma nel 2016, sarcomi ossei e dei tessuti molli nel 2017-2018). Si aggiunge, per il 2020, l'impegno a finanziare protocolli su neuroblastoma ad alto rischio e leucemia mieloide acuta.

Diritti

Medico di famiglia
Orari, visite, ricette
Le regole per loro
e per i pazienti

di **Cristina Ravanelli**

Sale d'aspetto sempre affollate, la necessità di certificare la malattia in un giorno di festa o la richiesta di un «consulto» via sms. Il rapporto speciale che ci lega al «nostro dottore» non deve far dimenticare che ci sono regole da rispettare. Da entrambe le parti. Come suggerisce un rappresentante della categoria

Medico di famiglia

Orari, visite, ricette

Che cosa possono chiedergli i pazienti

di **Cristina Ravanelli**

Medico di famiglia o meglio medico di medicina generale. Certamente non medico di base, definizione poco amata dalla categoria («E chi sarebbe quello di vertice?», obietta-no). Una figura fondamentale, l'interfaccia tra il cittadino e il Servizio sanitario nazionale, un vero e proprio punto di riferimento. Un rapporto che fino a qualche decennio fa era basato sul «vedere» e «toccare» e che oggi la tecnologia ha rivoluzionato. Non sempre è idilliaco: «Mi dedica poco tempo», «Riceve solo su appuntamento» si lamentano i pazienti.

Dall'altra parte, i dottori devono fare i conti con persone che, in attesa degli accertamenti e della diagnosi, arrivano in ambulatorio con un mix di informazioni raccolte in rete più o meno attendibili. Per ritrovare il feeling e capire quali sono i diritti e i doveri dell'uno e dell'altro, abbiamo rivolto le dieci domande più frequenti a Ovidio Brignoli, medico e vicepresidente della Società Italiana di Medicina Generale (Simg.it).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come faccio a scegliere quello «giusto»?

Il medico di famiglia opera in convenzione con il Servizio sanitario, ovvero presta il suo servizio in base a specifici accordi. I cittadini, a partire dai 14 anni (prima c'è il pediatra) hanno il diritto di consultare l'elenco dei medici di medicina generale della propria zona e di conoscere, per ciascun dottore, il curriculum con eventuali specializzazioni, il numero di pazienti che deve seguire, gli orari di apertura e le caratteristiche dell'ambulatorio, per esempio se lo condivide con altri colleghi o se ha l'assistente che si occupa della parte amministrativa (alcune Asl mettono questi elenchi anche in rete).

In ogni momento, se ritengono che il dottore scelto non offra un servizio adeguato, possono cambiarlo.

«Informare il cittadino è compito dell'Azienda sanitaria, ma il metodo più diffuso per decidere a quale professionista affidarsi rimane il passaparola: quello con la migliore reputazione è però sempre il più richiesto» spiega Brignoli.

Capita quindi di arrivare all'Asl con un nome in testa per poi scoprire che quel medico non ha più posto.

Esiste, infatti, un numero di assistiti per professionista, definito a livello nazionale: il tetto massimo è di 1500 pazienti per medico (la media italiana è di 1.150 persone per professionista).

La suddivisione dei medici avviene su base territoriale. Chi cambia residenza può mantenere lo stesso professionista purché l'ambulatorio sia nello stesso ambito. Nessun paziente può essere rifiutato, ma il medico può recusare un assistito nel momento in cui sorgano problemi che mettono in discussione il rapporto fiduciario.

Quanti giorni alla settimana posso trovarlo in ambulatorio?

Il medico di medicina generale deve essere presente in ambulatorio tutti i giorni feriali, ovvero cinque giorni alla settimana.

L'orario dipende dal numero di assistiti: chi ne ha fino a 500 deve garantire almeno un'ora al giorno; fino a mille si passa a due ore al giorno e fino a 1500 pazienti la presenza deve essere di almeno tre ore al giorno (gli orari, con il nominativo del medico, vanno esposti all'ingresso dello studio).

«La presenza deve comunque essere definita anche in relazione alle necessità dei pazienti e all'esigenza di assicurare una prestazione corretta ed efficace. E tutte le persone che accedono all'ambulatorio devono essere ricevute: se un assistito si reca dal medico, significa che ha bisogno. Non può essere mandato a casa solo perché si è sfiorato l'orario» afferma Brignoli.

È corretto che riceva i pazienti solo su appuntamento?

La questione degli appuntamenti è tra le più spinose: si deve trovare il punto d'incontro tra l'esigenza del medico di non sovraffollare l'ambulatorio e l'impossibilità per i pazienti di prevedere la malattia. Non potrebbe ricevere solo su appuntamento, ma è ormai una consuetudine. Ha però l'obbligo di ricevere le «visite non differibili», che non sono le emergenze (per quelle c'è il Pronto soccorso). «Credo che la soluzione migliore sia l'ambulatorio misto. Bisogna riservare qualche giorno per gli appuntamenti in modo che i malati cronici, ovvero quelli che sanno quando andare dal medico, possano organizzarsi. Il vantaggio degli appuntamenti è evidente anche per i pazienti: sanno di avere un tempo dedicato. Tutti i giorni, però, ci sono assistiti che non avevano previsto di andare dal medico, e certo non possono essere mandati via. Il problema è che esistono ancora professionisti che fanno esclusivamente appuntamenti oppure esclusivamente ambulatorio libero» dice Brignoli.

Il medico è obbligato ad aderire alle campagne vaccinali?

Le vaccinazioni possono essere gratuite, come nel caso di quella antinfluenzale per gli over 65, i malati cronici e le categorie a rischio (per esempio, il personale sanitario) e le donne durante la gravidanza: il medico la esegue, la certifica ed è pagato dall'azienda sanitaria. «Non c'è alcun obbligo, ma molti medici lo fanno. Credo sia un servizio fondamentale da garantire ai propri pazienti» sostiene Brignoli.

54 9,9 55

mila i medici
di famiglia
attualmente
attivi in Italia
(Eurostat)

i contatti
che in media
ha all'anno ogni
paziente con
il proprio medico
all'anno tra visite
(in ambulatorio
e a domicilio)
e telefonate
(Smig)

anni è l'età
media
di oltre la metà
dei medici
di famiglia oggi
in Italia

Per quali servizi il medico deve essere pagato?

Esiste un tariffario nazionale, previsto dall'Accordo nazionale, che elenca i certificati a pagamento con importi predeterminati e che deve essere esposto in ambulatorio.

Il costo di ogni certificato, però, non è fisso: per quello sportivo si va da 30 a 50 euro. Poi ci sono i certificati gratuiti come quello per la riammissione a scuola dopo la malattia o per giustificare l'assenza dal lavoro.

Fuori dall'orario di ambulatorio, invece, il medico di famiglia diventa un libero professionista e quindi può fare visite a pagamento, avvalendosi della sua specializzazione, anche ai suoi assistiti. Sono invece da escludere le prestazioni private durante l'orario di ambulatorio.

Quando si è lontani da casa è possibile farsi visitare da un altro medico?

Chi si ritrova eccezionalmente al di fuori del Comune di residenza, può rivolgersi a un medico di famiglia diverso dal proprio ed essere visitato a pagamento.

Il costo della prestazione è di 15 euro se è svolta in ambulatorio, sale a 25 euro se si tratta di una visita a domicilio.

Per soggiorni superiori a tre mesi si può scegliere un medico temporaneo. Per farlo bisogna farsi rilasciare dall'Asl la revoca del medico di famiglia del luogo di residenza e presentarsi all'Azienda sanitaria del luogo di soggiorno: il permesso viene riconosciuto da tre mesi a un anno, ma in seguito è possibile ottenere altri rinnovi.

In quali casi posso chiedere una visita a domicilio?

La richiesta va fatta tra le 8 e le 10 e la visita va effettuata entro le 14. Il paziente può chiedere una visita anche più tardi: il medico deve farla entro il giorno seguente. Le visite a domicilio sono gratuite, a meno che il professionista non reputi ingiustificata la richiesta: in questo caso può decidere di farla pagare. Brignoli non ha dubbi: «Le richieste di visita a domicilio vanno assolutamente assolute. Vorrei sottolineare che sono pochissime e sempre legate a eventi acuti che impediscono all'assistito di muoversi (coliche, febbri con temperature elevate). L'altro giorno ho visitato un paziente anziano con una neoplasia. La moglie mi ha detto: "Dottore, quando mio marito la vede, per una settimana sta meglio". Ecco, significa che una visita a domicilio può fare molto per una persona malata. Io non ho mai avuto problemi in trent'anni di studio. È il medico che deve relazionarsi con i propri assistiti dando regole chiare».

Quanto deve durare una visita del medico di famiglia?

Le code in ambulatorio sono un altro punto critico.

«Il tempo minimo ragionevole da dedicare al paziente è un quarto d'ora. Il vantaggio del medico di medicina generale è proprio quello di conoscere bene chi gli siede di fronte. Serve più tempo invece per inquadrare il paziente all'inizio, per questo il primo incontro, invece, può durare anche mezz'ora» spiega Ovidio Brignoli.

La tecnologia aiuta a ottimizzare i tempi?

«I certificati di malattia vanno trasmessi online e questo significa che tutti i medici sono in rete. Molti sono anche dotati di specifici software che permettono di aggiornare la scheda sanitaria di ogni assistito, consultabile in qualsiasi momento perfino anche da altri dispositivi come il tablet o gli smartphone» dice il dottore.

Studi chiusi il sabato: e chi deve certificare la malattia nel weekend?

Da qualche anno il medico di famiglia non ha più l'obbligo di disponibilità il sabato. Chi ha bisogno, magari perché è di turno durante il weekend e deve procurarsi il certificato di malattia per giustificare l'assenza dal lavoro, deve rivolgersi al servizio di Continuità assistenziale (Guardia medica): è attivo il sabato e la domenica dalle 8 alle 20; durante la settimana dalle 20 alle 8.

«Quando si sceglie il medico, l'Asl fornisce anche il numero della Guardia medica di zona» spiega Brignoli. E precisa: «Nulla comunque vieta ai medici di tenere aperto l'ambulatorio anche il sabato. Chi non lo fa, ha l'obbligo di ricevere il venerdì pomeriggio».

C'è poi la questione dei giorni prefestivi: chi decide di tenere chiuso l'ambulatorio nel giorno prefestivo, deve essere in studio il pomeriggio del giorno precedente.

La domenica e i festivi, invece, sono sacri per il medico di famiglia.

Posso chiamarlo sul cellulare? E lui può mandarmi le ricette via mail?

Gli appuntamenti possono essere fissati sia al telefono, sia con altre modalità, che il medico comunica agli assistiti insieme agli orari di disponibilità in ambulatorio. Da una parte il medico ha la necessità di farsi rintracciare il più possibile per stabilire e conservare un rapporto di fiducia con il paziente, dall'altra deve comunque assolvere a tutti i suoi compiti: se sta visitando, non potrà rispondere a un altro paziente. Per quanto riguarda l'invio di ricette via mail non c'è una norma, molti lo fanno ma è una libera scelta dei medici. Oggi, poi, c'è la possibilità di mandare messaggini, magari con la foto di un'eruzione cutanea o il referto di un esame: il medico deve dare il numero di cellulare? «Non c'è una norma. Di sicuro è meglio non fare diagnosi al telefono. Io, però, dò il numero di cellulare ai pazienti. E rispondo sempre agli sms: vuol dire che dall'altra parte c'è una persona con una forte preoccupazione. Il fatto di mandare un cenno ha comunque la funzione di tranquillizzarla» sostiene Brignoli.



Ne bastano una manciata ogni giorno e la mente diventa più lucida, il corpo più scattante

Snack di pistacchi: partiamo con una marcia in più

Continuano le ricerche scientifiche sulle qualità di questo piccolo frutto. E ogni volta arriva la conferma che i pistacchi sono un toccasana per la nostra salute. Un vero e proprio "superfood" ricco di nutrienti

L'attenzione della scienza si sta da anni concentrando su ciò che mangiamo, perché si è scoperto che da un'alimentazione sana ed equilibrata dipende in larga misura il nostro stato di benessere psicofisico e soprattutto la possibilità di restare in forma fino alla vecchiaia. Tra i supercibi che devono essere presenti ogni giorno nella nostra dieta ci sono i pistacchi americani della California (anche i nostri sono buonissimi ma la produzione è molto più limitata). Averne a disposizione una manciata come snack in ufficio, a scuola, e a casa, significa aumentare il nostro rendimento complessivo, cioè poter contare su una mente e un corpo smart e più efficiente. Un recente studio della Loma Linda University ha misurato le frequenze cerebrali dopo il consumo di frutta secca di vario genere e ha rilevato che i pistacchi hanno prodotto la migliore risposta. Nello specifico questo frutto stimolerebbe le frequenze gamma che migliorano il processo cognitivo, favorendo la concentrazione e

l'apprendimento. Un vantaggio non da poco visto lo stress quotidiano fatto di impegni multitasking cui dobbiamo far fronte. Si potrebbe obiettare che la frutta secca in generale fa ingrassare per il suo alto contenuto di grassi (che in ogni caso, meglio ribadirlo, sono quelli buoni, non quelli saturi che possono danneggiare vene e arterie). Anche su questo fronte i pistacchi escono vincitori. Infatti, l'Istitut Paul Bocuse di Lione ha condotto una ricerca su un campione di donne francesi in salute. Per quattro settimane un gruppo ha consumato uno snack

di pistacchi tostati e leggermente salati di 56 g (315 kcal), l'altro gruppo uno spuntino con 56 g di un famoso biscotto proteico. Sia all'inizio che alla fine dello studio sono state fatte misurazioni antropometriche a entrambi i gruppi. Nessuna donna ha avuto un incremento di peso, ma in quelle che hanno consumato il biscotto si è evidenziato un lieve aumento della massa grassa corporea rispetto alla magra, al contrario chi ha mangiato pistacchi ha visto una tendenza a ridurre il girovita.

UNO SCRIGNO PIENO DI SOSTANZE PREZIOSE
Da un'indagine nazionale della Focus Vision, condotta su 1000 americani con un lavoro sedentario che hanno saltato la prima colazione e consumato uno snack a base di pistacchi di una porzione e mezza (circa 42g) tra le 9 e le 11 di mattina, è emerso che il 92 per cento dei partecipanti ha notato una maggiore concentrazione in ufficio. Ma che cosa rende i pistacchi così utili per la salute? Il fatto

che rappresentano un tesoretto per l'organismo, in quanto ricchi di principi attivi molto validi. I nutrienti più importanti sono la tiamina, la vitamina B6, il rame, il potassio. La vitamina B1, o Tiamina, non può essere accumulata dall'organismo, ma va assunta dall'esterno tramite l'alimentazione. Da un valido contributo alla concentrazione mentale, alla capacità di apprendimento e al mantenimento del buonumore, infatti è stata soprannominata "vitamina del Morale". Non deve mai mancare sulla tavola perché la sua carenza provoca danni al sistema nervoso e a quello cardiovascolare. Ma, è indispensabile anche per mantenere un buon livello di energia fisica nelle attività quotidiane perché interviene nel processo di conversione del glucosio in energia. Anche la vitamina B6 aiuta la mente a essere sveglia e attenta, in quanto stimola le funzioni cerebrali, è coinvolta nel metabolismo degli aminoacidi, degli acidi grassi e degli zuccheri. La sua carenza provoca insonnia,



dolori muscolari, ritenzione idrica e disturbi al sistema nervoso. Infine, il potassio e il rame. Il primo è uno dei minerali presenti in grande quantità nell'organismo, è davvero indispensabile per la nostra salute perché la sua carenza comporta rischi seri. Il potassio aiuta a mantenere la pressione nella norma, interviene nella contrazione dei muscoli, compreso quello cardiaco,

può ridurre il rischio di calcoli renali e di riduzione del tessuto osseo (fonte: Humanitas.it). Il rame è un micronutriente, ne serve molto poco (0,9 mg/die per l'adulto), ma anch'esso è fondamentale per l'equilibrio di alcuni neurotrasmettitori, inoltre previene l'invecchiamento perché coinvolto nella produzione di collagene ed elastina, i pilastri di una bella pelle.

“ La pausa con il pistacchio americano: un gusto unico che appaga anche la mente

THE POWER OF PISTACHIOS

**PROTEINE
VITAMINA B
GRASSI SANI
E ANCHE TANTO
GUSTO**

©2019 American Pistachio Growers

AMERICAN QUALITY
PISTACHIOS
California Grown
AmericanPistachios.it

È possibile studiare modelli di assistenza che superino l'eccessiva medicalizzazione e la tendenza all'ospedalizzazione

MALATI CRONICI OLTRE IL RICOVERO

Esistono in Italia numerose esperienze orientate in questa direzione basate su diversi modelli

di **Giovanni Corrao***

La settimana scorsa Corriere Salute ha ospitato l'accorato appello di Dagmar Rinnenburger sulla gestione delle malattie croniche nel nostro Paese.

Se ne condividono le preoccupazioni. E se ne sottolineano le implicazioni anche in campi fino a pochi anni fa estranei a questo tema.

Si pensi al cancro. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 54% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi. Merito soprattutto della maggiore adesione alle campagne di screening, che consente di individuare la malattia a uno stadio iniziale aumentandone la probabilità di guarigione. Ma un numero non indifferente di persone arriva alla diagnosi di cancro a uno stadio avanzato o addirittura metastatico (il 51% dei pazienti con tumore del polmone, il 20% di quelli con tumore del colon-retto e il 6% delle pazienti con tumore della mammella, secondo i dati americani).

Non essendo la chirurgia indicata in questi casi, è alla terapia medica che sono affidate le speranze dei pazienti. La ricerca ha fatto passi da gigante in questo settore. Ma allo stato

attuale, l'obiettivo terapeutico della maggior parte delle terapie mediche non è la guarigione, bensì il controllo dei sintomi, il rallentamento della progressione della malattia e la conseguente aumentata sopravvivenza. In altri termini, per una porzione di pazienti che giungono alla diagnosi di cancro a uno stadio avanzato, il destino che fino a qualche anno fa era di pochi mesi di vita, è oggi la cronicizzazione.

A tutto questo il servizio sanitario nazionale (Ssn) deve adattarsi per coprire nuovi ed emergenti bisogni. Ma con molte difficoltà, soprattutto sul versante dell'assistenza.

È possibile studiare modelli di assistenza che superino l'eccessiva medicalizzazione e la tendenza all'ospedalizzazione (con i conseguenti alti costi) e che sappiano favorire la domiciliarizzazione delle cure, la valorizzazione del personale infermieristico qualificato?

Esistono in Italia numerose esperienze orientate in questa direzione basate su diverse strutture organizzative, personale e budget.

Impariamo a trarre da queste differenze il contenuto informativo che ci orienti al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Ne guadagnerebbero i pazienti, i sanitari e il sistema. È questo l'invito che rivolgiamo a chi ha in mano la politica sanitaria. Gli interventi per affrontare adeguatamente la cronicità devono essere realizzati urgentemente, ma devono anche essere valutati in modo razionale. È forse questa la sfida più innovativa da raccogliere.

**Direttore del Centro Interateneo Healthcare Research & Pharmacoepidemiology, Università Milano-Bicocca*



La Consulta ha bocciato la norma inserita nel dl fiscale 2018 per estraneità di materia

Sì ai governatori-commissari

Ai presidenti regionali i piani di rientro della sanità

Pagina a cura

DI FRANCESCO CERISANO

La Consulta boccia l'incompatibilità tra la carica di presidente regionale e l'incarico di commissario per il rientro dal disavanzo sanitario. Nel braccio di ferro tra l'esecutivo e il Molise sulla discussa norma inserita nel decreto legge fiscale 2018 (dl 119), a spuntarla è stata proprio la regione. La Corte costituzionale nella sentenza n.247/2019, depositata ieri in cancelleria (redattore Franco Modugno) ha cancellato la norma che ha fatto decadere i governatori dal ruolo di commissari straordinari per la sanità a far data dalla nomina dei nuovi commissari ad acta.

La regione Molise ha impugnato la disposizione (art.25 septies del dl 119/2018) per violazione di molteplici norme costituzionali. A cominciare dall'art.77 a causa della «evidente estraneità rispetto alla materia disciplinata dalle altre disposizioni del decreto legge in cui è stata inserita in sede di conversione». Sono poi state tirate in ballo anche altre norme costituzionali: gli articoli 3 e 97, nonché il principio di leale collaborazione a norma degli articoli 117, 118 e 120 Cost. in quanto la norma avrebbe generato effetti addirittura dannosi, introducendo, lamentava la regione Molise, «una preclusione assoluta, applicabile retroattivamente, anche per quelle regioni il cui commissariamento è già in atto e che viene ad essere intaccato dall'innesto di una figura di commissario

completamente slegata dall'istituzione regionale».

La Corte si è fermata alla prima censura ritenendola tranchant e sufficiente a legittimare una pronuncia di incostituzionalità. Secondo i giudici, la regione Molise ha ragione a lamentare l'estraneità di materia tra la norma impugnata, inserita in sede di conversione del decreto legge, e l'impianto originario del dl 119. «Non si intravede alcun tipo di nesso che le correli fra loro», ammette la Consulta. «L'originario decreto legge, infatti, enunciava i presupposti della straordinaria necessità e urgenza come raccordati a misure per esigenze fiscali e finanziarie indifferibili». Ma nel passaggio parlamentare il testo è passato da 27 articoli a 64 imbarcando «disposizioni eccentriche» come quella oggetto del giudizio della Corte, ma non solo. Si pensi ad esempio ai molteplici rifinanziamenti di stanziamenti in bilancio (dal fondo di garanzia per le pmi a quello per l'autotrasporto, dalle missioni internazionali all'integrazione salariale straordinaria) che la Corte dubita possano essere legittimamente definiti interventi di carattere finanziario. Di qui la pronuncia di incostituzionalità, visto che «appare evidente», ha concluso la Consulta, «che tra le norme del decreto legge 119/2018 e quelle oggetto di scrutinio, inserita ad opera della legge di conversione, non sia intravedibile alcun nesso, né sul versante dell'oggetto della disciplina o della ratio complessiva del provvedimento d'urgenza, né sotto l'aspetto dello sviluppo logico».

—© Riproduzione riservata—■



In G.U. il decreto del ministero dell'economia sulla trasmissione dei corrispettivi

Più invii per le spese mediche

Coinvolti anche logopedisti, fisioterapisti e biologi

DI GIOVANNI GALLI

La trasmissione telematica delle spese sanitarie per prestazioni erogate dagli esercenti professioni sanitarie avrà nuovi protagonisti. Ai fini della elaborazione della dichiarazione dei redditi da parte dell'Agenzia delle entrate, tutta una serie di nuovi soggetti, tra cui fisioterapisti, logopedisti, biologi, dietisti, igienisti dentali e tecnici sanitari dovranno inviare al Sistema tessera sanitaria i dati delle spese sanitarie sostenute dalle persone fisiche a partire dal 1° gennaio 2019.

Lo prevede il dm dell'Economia 22 novembre 2019 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 284 del 4 dicembre 2019. L'elenco comprende gli iscritti ai seguenti albi: tecnico sanitario di laboratorio biomedico; tecnico audiometrista; tecnico audioprotesista; tecnico ortopedico; dietista; tecnico di neurofisiopatologia; tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare; igienista dentale; fisioterapista; logopedista; podologo; ortottista e assistente di oftalmologia; terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; tecnico della riabilitazione psichiatrica; terapista occupazionale; educatore professionale; tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; assistente sanitario; biologi.

Per le finalità indicate, entro 30 giorni dalla data di entrata in vigore del decreto la Federazione nazionale degli ordini dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione dovrà rendere disponibili al Sistema tessera sanitaria gli elenchi dei soggetti iscritti. Stessa cosa da parte dell'ordine dei biologi.

© Riproduzione riservata



Il caso

Ipoteca la casa per aiutare gli studi sulla Sla

■ Il calvario di una donna malata di Sla. Il dolore dei suoi familiari. E quel vuoto incredibile quando il male ha il sopravvento e non si può più far niente. Lorenzo Capossela, commercialista di Benevento, ne sa qualcosa. Sua moglie è morta di Sla proprio nell'aprile scorso. E lui ha voluto dare un senso a tutto il dolore patito impegnandosi in prima persona sul fronte della ricerca. È Capossela infatti il principale finanziatore privato del progetto del Centro regionale esperto Sla dell'azienda ospedaliero-universitaria di Novara. La sua storia è stata raccontata da *Tgcom24*. L'uomo, la cui moglie era in cura proprio nella città piemontese, ha ipotecato la casa per contribuire a raccogliere i fondi per una ricerca internazionale, di cui il Centro Sla è capofila. Al progetto aderisce anche il Massachusetts General Hospital dell'Università di Harvard. «Non sono un eroe, ho solo garantito ai finanziatori statunitensi che la compartecipazione dell'Italia ci sarebbe stata», ha spiegato Capossela. «Ho fatto da garante, ero certo che i fondi, come poi è avvenuto, sarebbero stati trovati per uno studio di così grande valore. Purtroppo mia moglie non potrà trarne giovamento, ma forse altri malati ne trarranno benefici». Il progetto è finanziato con un milione di dollari da un'associazione Usa, ma deve essere co-finanziato dal Centro Sla di Novara e il commercialista di Benevento ha dato il suo contributo.



Nel Centro di Riabilitazione dell'Asl di Brindisi-Fondazione San Raffaele Ceglie Messapica

Prima palestra robotica per la cura dei pazienti

CATERINA MANIACI

■ Andare in palestra con i robot. Andarci per riprendersi la vita, per tornare ad essere se stessi. Non è cosa da fantascienza, o una semplice ipotesi avveniristica, ma ormai una realtà da risultati garantiti. È stata inaugurata ieri, infatti, una vera e propria palestra robotica all'avanguardia nel presidio ospedaliero ad alta specialità dell'ASL Brindisi 1, Fondazione San Raffaele-Ceglie Messapica. Qui si darà il via alle terapie riabilitative con supporti robotizzati di ultima generazione. Tra i robot a disposizione dei pazienti in prima fila c'è l'ormai famoso esoscheletro EKSO NR (Neuro Rehab) - l'ultimo realizzato dalla californiana EKSO Bionics - che per la prima volta viene utilizzato in una struttura sanitaria in Europa. L'esoscheletro, lo ricordiamo, è un vero e proprio gioiello della tecnologia utilizzata dalla medicina, specificamente per la riabilitazione degli arti inferiori, che consente di migliorare sensibilmente la personalizzazione delle terapie, la postura e il cammino, grazie a batterie e sensori che sostituiscono le funzioni neuromuscolari. Il modello NR è stato progettato e realizzato per supportare le terapie da eseguire con pazienti che hanno avuto un ictus o lesioni al midollo spinale. Un importante passo avanti nella lotta per contrastare que-

sti gravi deficit che significano, nella grande maggioranza dei casi, invalidità e grande sofferenza.

La speranza che invece ci sia la possibilità di una vita soddisfacente è incarnata dalla storia di Maikol P, 29 anni, che a causa di un brutto incidente in moto ha subito una lesione midollare completa e quindi non camminava più da quasi dieci anni, esattamente dal 2010. Ieri, durante la cerimonia di inaugurazione della palestra a Brindisi, Maikol ha potuto indossare l'esoscheletro e, assistito dai fisioterapisti, è riuscito a mettersi in piedi e a percorrere i corridoi dell'ospedale, contando con tanta emozione i passi che faceva, uno dopo l'altro, faticosamente ma risolutamente: 500 in circa 15 minuti. Una storia vera, che incarna una speranza per tante persone.

«Il futuro della riabilitazione è davvero la robotica», ha sottolineato infatti il professor Natale Santucci, direttore medico della Fondazione San Raffaele, «e i progressi della robotica, frutto anche degli studi realizzati dai nostri ricercatori, miglioreranno le tecniche terapeutiche cliniche, massimizzando i risultati di recupero e funzionalità della persona». Anche la realtà virtuale, che siamo abituati a considerare «confinata» nell'ambito della creatività, del cinema o dei videogiochi, entra in campo nell'importante battaglia per la riabilitazio-

ne.

Come ha spiegato la dottoressa Crocifissa Maria Lanzillotti, primario del presidio ospedaliero Fondazione San Raffaele, l'utilizzo delle nuove tecnologie permette di ampliare e arricchire i processi di riabilitazione sul piano degli interventi motori, «ma anche e soprattutto sul piano cognitivo e permette l'utilizzo della realtà virtuale». Proprio l'esoscheletro, infatti, è capace «di generare una stimolazione multisensoriale controllata e completa del paziente». Ma in palestra si troveranno molti altri strumenti tecnologici di ultima generazione capaci di aiutare concretamente a riattivare funzioni compromesse, come la nuova strumentazione Tecla Care, per la stimolazione magnetica funzionale extracorporea, molto utile, ad esempio, in casi di disfunzioni urologica e del colon. O il Walker View, un tapis roulant che serve ad aiutare pazienti malati di Parkinson, di sclerosi multipla, con lesioni midollari, per ricominciare a camminare. E indossare i sensori del Riablo Premium, un sistema davvero avveniristico, renderà più facile la riabilitazione motoria per chi ha subito traumi e lesioni cerebrali o coloro che sono portatori di deficit motori. Insomma, una palestra ipertecnologica per dare un futuro migliore a chi oggi sembra non averlo.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Le più sfrontate si rifanno il lato B

RITOCCHINO NEL MEZZO DEL CAMMIN

Dal chirurgo estetico già a 30 anni: lui per ridursi petto e fianchi; lei per rimodellare cosce e décolleté

DANIELA MASTROMATTEI

■ C'è chi prova a sconfiggere quel senso di infelicità attraverso l'analisi, chi con lo shopping selvaggio, chi in palestra «ammazzandosi» di addominali. E chi con una seduta dal chirurgo estetico: veloce e quasi indolore per ritrovarsi davanti allo specchio con la serotonina alle stelle. Che soddisfazione, piacersi all'improvviso, dopo anni passati ad angosciarsi per quelle curiose orecchie a sventola che nonostante le scomode cuffiette indossate da piccini non ne volevano sapere di stare al loro posto. Che bello essersi liberati di quel nasone dantesco per il quale si venivano canzonati fin dalle elementari.

Tuttavia, in tempo di selfie sembrano orribili persino le impercettibili zampe di gallina e le appena accennate borse sotto gli occhi, per non parlare degli zigomi poco pronunciati. Ecco perché a ricorrere al ritocchino oggi sono soprattutto i trentenni, stanchi di vedersi soffiare sotto il naso la più carina della festa. Negli ultimi dieci anni si sta abbassando l'età di coloro che si rivolgono alla medicina estetica e anche il ceto sociale si sta livellando. Non sono solo i ricchi a voler apparire più affascinanti, anche chi non naviga nell'oro fa sacrifici e rinunce pur di riuscire a fissare un appuntamento con il chirurgo. E rivendicare il diritto alla bellezza.

LA RICERCA

Più della metà degli under 35 che si vuole «ritoccare» infatti è mosso dall'esigenza di risolvere quello che considera una grave difetto estetico per guadagnare autostima, rivela una recente indagine svolta su oltre 300 chirurghi estetici (promossa da Dottori.it, sito e App leader in Italia per la prenotazione di visite mediche specialistiche). La maggior parte dei giovani accede alle cure avendo già un gruzzoletto da destinare all'intervento; più della metà dei pazienti non richiede un finanziamento per pagare la prestazione e si presenta da solo alla visita medica. Ol-

tre il 40%, però, non rinuncia a farsi accompagnare: un paziente su quattro arriva dal dottore insieme ad un amico (22%) e il restante 19% chiede di avere accanto un genitore.

E se le donne si fanno rifare le labbra (30%) - secondo la ricerca - e ricorrono alla mastoplastica additiva (25%) e alla liposuzione (15%), al pari della correzione degli inestetismi attorno agli occhi; gli uomini si concentrano sul trapianto dei capelli e sulle zampe di gallina. E poi pensano alla liposuzione.

Tre giorni fa, invece, le agenzie di stampa parlavano di un'altra tendenza altrettanto forte: il ritocchino al lato B. Le donne si rivolgerebbero al chirurgo soprattutto per correggere le imperfezioni dei glutei. Vogliono un posteriore alto, sodo e ben proporzionato. Sembra efficace una nuova tecnica rivoluzionaria di gluteoplastica che assicurerebbe risultati di grande impatto estetico e senza grandi controindicazioni. Glutei scesi, svuotati o poco sporgenti troverebbero una nuova rotondità grazie a protesi intramuscolari. «L'intervento di gluteoplastica con impianti intramuscolari, importata in Italia dal Brasile, è ad oggi l'unica tecnica efficace e sicura», spiega Daniele Spirito, chirurgo plastico, di Roma, e docente presso la Cattedra di Chirurgia Plastica dell'Università di Milano, intervenuto sul tema al IX Corso Apira Medical di chirurgia Plastica e Medicina estetica di Napoli.

Non la pensa così Marco Klinger, professore di chirurgia plastica all'Università di Milano, che avverte: «È un intervento molto delicato e segnalato come pericoloso già negli Stati Uniti. Invece quello che chiedono a me le trentenni è di farsi ridurre i fianchi e le cosce, oltre a farsi rimodellare i seni. Spesso arrivano donne con delle forme «sbagliate», petti stretti e allungati, che risultano cadenti già in giovane età: le anomalie mammarie sono un problema sempre più frequente».

L'ESPERTO KLINGER

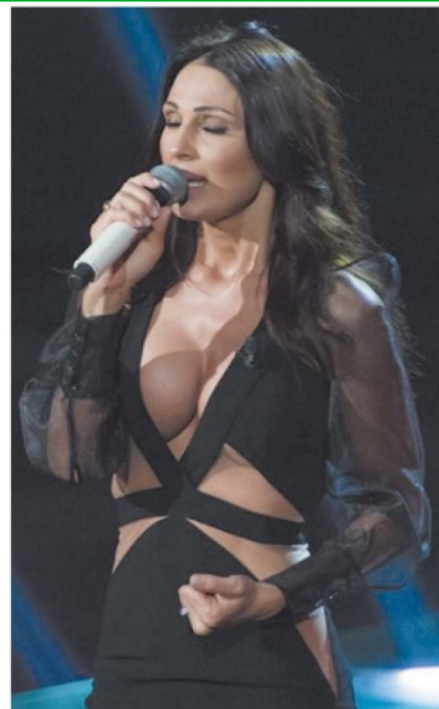
La più frequente anomalia «è il cosiddetto seno tuberoso», sostiene Klinger che sul tema ha già scritto due articoli scientifici, «si tratta di una malformazione della ghiandola mammaria che risulta innaturalmente concentrata dietro all'areola, conferendo alla mammella una forma «a tubo», con la parte inferiore poco sviluppata. Se i casi sono più frequenti, però, non mancano le buone notizie. È un intervento solitamente a carico del Servizio Sanitario Nazionale e quindi gratuito per la paziente. Ma sono operazioni non particolarmente invasive, con uno-due giorni di ricovero al massimo, i risultati sono così gradevoli e naturali da permettere a queste donne di vivere senza più nascondersi». O vergognarsi.

E gli uomini? «Anche loro, a 30 anni, vengono per farsi ridurre oltre ai fianchi anche il seno», rivela Klinger. «Succede sempre più spesso, seppur in assenza di dati statistici attendibili, per quanto riguarda l'osservazione clinica, di un inestetismo in forte crescita. Le cause della ginecomastia, così si chiama questo disturbo, sono da ricercare nel sovrappeso ma soprattutto nell'alimentazione, che quasi inevitabilmente comprende cibi ricchi di ormoni, come spesso risultano essere la carne di pollo, suino e vitello. In altri casi, poi, a determinare l'inestetismo sono alcuni farmaci». La situazione si fa seria. «Nelle donne come negli uomini le ghiandole mammarie sono un organo sensibile agli ormoni. Ecco perché tende a modificarsi di fronte ai diversi dosaggi ormonali», conclude il chirurgo estetico.

Più del ritocchino c'è la salute da salvaguardare.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Tra le bellone che avrebbero fatto ricorso al ritocchino, da sinistra Belen Rodriguez, 35 anni, Rihanna, 31 e Anna Tatangelo, 32 anni

L'intervista **Carlo Cimbri**

«Senza spinta alla crescita il welfare non reggerà più»

► L'ad di Unipol: «Il sistema pubblico ha meno risorse, va integrato con il privato» ► «Già oggi gli italiani pagano 40 miliardi per la sanità, chi non ce la fa è a rischio»



QUANTO AI RAPPORTI CON L'UE MI PREOCCUPA CHE VI SIANO PARTNER DESIDEROSI DI IMPORRE REGOLE PENALIZZANTI PER I NOSTRI BTP

La crescita. Si parte da lì. Soprattutto se si parla del nuovo welfare. Che sia il tempo di un "Welfare New Deal", lo si legge nel Rapporto 2019 di "Welfare, Italia", il think tank sviluppato da Unipol Gruppo con Ambrosetti. Inizia da qui la conversazione con Carlo Cimbri. «Il tema del welfare - osserva il ceo di Unipol - coincide con la questione essenziale di una migliore e più equa redistribuzione delle risorse, per assicurare a tutti, secondo il modello universalistico, la migliore protezione sociale. Ma la questione è una sola: la crescita. Se ci ponessimo il problema della crescita, molte polemiche politiche verrebbero meno».

Uno dei temi del confronto politico di queste ore è l'Europa e il Mes in particolare.

«A mio avviso il trattato potrebbe avere conseguenze non favorevoli all'Italia, ma solo se l'Italia si dovesse trovare nelle condizioni di dover chiedere aiuto, e quindi se il Paese si avvicinasse a una crisi sistemica che ci auguriamo non si verifichi mai. Dovremmo dedicare maggiore attenzione al non mettere l'Italia nelle condizioni di dover far ricorso alle risorse del Mes. Sono però più preoccupato dalle tentazioni di piegare i meccanismi

dell'Unione bancaria verso ipotesi come quelle avanzate dai Paesi del Nord Europa di introdurre differenziazioni nella ponderazione dei titoli di Stato dei diversi Paesi, sfavorendo così i Btp. Questo sì che finirebbe per crearci problemi seri».

Torniamo alla crescita. Cioè alla "torta". Non si tratta solo di fare fette uguali, ma di farne una più grande.

«Esattamente. E questo vuol dire rilanciare la cultura d'impresa, vuol dire assicurare le migliori condizioni perché le imprese crescano, producano, creino posti di lavoro, contribuiscano ad aumentare il Pil del Paese. Solo se c'è crescita economica si può assicurare un nuovo welfare, per integrare con il privato l'offerta del pubblico, le cui risorse sono oggi meno ricche».

Sembra di capire che non vede in Italia questa premura di favorire investimenti e sostenere le imprese. Sta pensando all'Ilva?

«Non voglio fare polemiche, ma non mi pare che nel Paese ci sia una cultura e una politica che si preoccupi di promuovere la crescita delle attività produttive. Vedo sempre troppa burocrazia, troppe difficoltà moltiplicarsi di fronte all'iniziativa imprenditoriale. Si parla demagogicamente di redistribuzione, senza favorire la produttività. Io vedo con preoccupazione l'orizzonte, non lontanissimo, nel quale saranno più i pensionati dei lavoratori attivi. Non ci sarà più produzione di reddito, ci sarà una torta sempre più piccola da dividere».

Sento ancora i riflessi dell'attualità. Si riferisce al reddito di cittadinanza?

«Mi riferisco a tutti i comportamenti che sembrano suggerire un approccio passivo, come se si dovesse proporre una riduzione

del lavoro, dell'impegno, delle attività, come soluzione ai nostri problemi. E' vero il contrario. La sostenibilità del nuovo welfare passa dalla crescita economica del Paese. A differenza di chi fa politica, chi come noi fa impresa, non insegue la volatilità del consenso elettorale, ma si preoccupa della solidità di un futuro da costruire».

Il futuro in qualche modo è già iniziato. Basta leggere qualche numero del Rapporto curato da Ambrosetti con il vostro contributo. Un futuro che rischia di creare sperequazioni. Nella sanità a esempio.

«Se gli italiani spendono di tasca propria 40 miliardi per provvedere alla propria salute, vuol dire che si rischia di creare una differenza profonda tra chi può disporre di risorse proprie e chi, non potendolo fare, rischia di curarsi meno e peggio. Il 90% di questa somma non è intermedia da soggetti che sappiano razionalizzarla e ottimizzarla. C'è bisogno di favorire strumenti di mutualizzazione, che riducendo la spesa individuale possano massimizzarne il vantaggio. Bisogna favorire la crescita dei fondi sanitari integrativi e la fruibilità anche nelle Pmi, non solo nelle grandi aziende».

Lo Stato non è più l'unico soggetto che provvede alla protezione sociale. Nel Rapporto "Welfare, Italia" si parla spesso di auto-responsabilizzazio-



ne. Si deve passare dal Welfare State a una specie di "mywelfare", a ciascuno il suo welfare?

«Credo che si debba rispettare la cultura del Paese. Che ci sia un eccesso di rappresentazione del ruolo dello Stato è vero. In una recente ricerca che abbiamo condotto, l'85% degli italiani attribuisce allo Stato l'intera copertura della spesa sanitaria. Come abbiamo visto non è più così. Ma occorre tenere conto di questa cultura. Non credo che saremo mai il Paese delle scelte individuali nel welfare. Anzi, mi auguro che si sviluppino sempre più le forme di protezione sociale, che oggi vediamo nel Terzo settore. Il "privato sociale" deve avere più spazio e più considerazione. Dal privato sociale può venire un aiuto all'integrazione di pubblico e privato, per garantire al nuovo welfare la connotazione universalistica che non può venire meno».

Marco Barbieri

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Carlo Cimbri, amministratore delegato del gruppo Unipol

«OPERAZIONI E CURE GIUSTE A DISTANZA»

Alberto Sanna del San Raffaele di Milano spiega: «Il 5G può migliorare la salute delle persone e offrire nuovi strumenti d'intervento ai medici e agli ospedali»

«UN CHIRURGO HA OPERATO CON UN BRACCIO ROBOTICO UNA LARINGE DA REMOTO IL 5G IDEALE PER CONTROLLI E TERAPIE INDIVIDUALI»

di VALENTINA ARCOVIO

«**L**a tecnologia 5G sta rivoluzionando il mondo della salute, rendendo più affidabili, accurati e sicuri i servizi di salute digitale già sviluppati in passato, e nel contempo offrendo e di nuovi». Parola di Alberto Sanna, direttore del Centro di Ricerca Tecnologie Avanzate per la Salute e il Benessere dell'IRCCS Ospedale San Raffaele di Milano.

Professore, in che modo il 5G migliorerà la gestione della nostra salute?

«In tantissimi modi. Il 5G può migliorare la salute delle persone e offrire nuovi strumenti ai medici e agli ospedali per prendersi cura dei propri pazienti. Consentirà ad esempio ai chirurghi di operare da remoto a supporto di una équipe locale meno specializzata, ai medici di visitare i pazienti a distanza o di monitorare una serie di parametri fisiologici h24. Ai pazienti verrà offerta l'opportunità di prendersi cura di sé stessi direttamente da casa o in mobilità, non solo sottoponendosi a controlli a distanza, ma anche ricevendo servizi di prevenzione personalizzati che tengono in conto il contesto in cui la persona si trova, anche grazie

all'intelligenza artificiale, certificati ed erogati con grande puntualità. Pensiamo ad esempio alla ricezione sullo smartphone di audiovideo chiari e semplici da interpretare in grado di consigliare agli utenti scelte più salutari nella vita quotidiana».

Quali sono le caratteristiche del 5G che rendono possibili queste innovazioni?

«Sono sostanzialmente tre: la prima è la capacità di trasmettere grandi quantità di dati a una velocità superiore; la seconda è quella che definiamo latenza quasi-zero, cioè la velocità di risposta che è essenziale in attività di estrema precisio-

ne come la chirurgia a distanza; e la terza è la possibilità di connettere alla rete tantissimi dispositivi medicali, il cosiddetto Internet delle cose mediche, che consentirà la realizzazione più sicura ed affidabile di molte delle innovazioni che si stanno sperimentando nel campo della sanità, come la diagnosi a distanza e il monitoraggio da remoto dei pazienti».

Quando tutto questo diventerà realtà?

«E' già realtà. Qualche mese fa, ad esempio con Vodafone ed Istituto Italiano di Tecnologia abbiamo eseguito un intervento chirurgico su una laringe sintetica a distanza: il chirurgo ha guidato un



braccio robotico dal Vodafone Village, mentre la laringe si trovava al San Raffaele, dall'altra parte della città. E' stato così dimostrato che non c'era alcuna latenza significativa, cioè ritardo, nei movimenti degli strumenti, il taglio era perfetto e in generale l'intervento è riuscito con successo. Anche la visita medica in remoto è già realtà. Pensiamo ad esempio alle opportunità offerte dall'ambulanza connessa».

Di cosa si tratta?

«E' una soluzione tecnologica che permette di condividere l'intervento in ambulanza direttamente con un medico in ospedale, portando la competenza del medico di pronto soccorso dentro l'ambulanza e dunque garantendo le migliori cure al paziente nel minor tempo possibile. Grazie al 5G, il soccorritore di Croce Rossa può effettuare videochiamate in alta risoluzione con la centrale operativa dell'ospedale ed il medico può valutare ogni dettaglio fisiologico e comportamentale per comprendere tempestivamente lo stato del paziente e recuperare i dati dalla cartella clinica. E l'operatore sanitario, tramite occhiali per realtà aumentata, eseguire protocolli complessi mentre effettua l'intervento di emergenza. Con l'ambulanza connessa la centrale operativa avrà la possibilità di visualizzare e guidare al meglio il soccorritore sul campo, chiedendo contemporaneamente l'intervento di uno o più medici specialisti, qualora la gravità del caso lo richieda».

Si tratta di una sorta di telemedicina d'urgenza. Ma in che modo evolverà la telemedicina che oggi già conosciamo?

«Con la tecnologia 5G la telemedicina diventa più facile, grazie allo scambio veloce di dati senza intaccare la qualità. I pazienti potranno davvero interagire con il proprio medico in remoto senza risentirne dal punto di vista qualitativo. Pensiamo ad esempio alla possibilità di monitorare lo stato dei pazienti con problemi cardiaci non ricoverati e di personalizzare la cura, intervenendo in caso di anomalie. Grazie al 5G, i dati del paziente, raccolti attraverso indumenti dotati di sensori continuamente attivi, vengono inviati ad una piattaforma che sfrutta un

sistema di intelligenza artificiale. Che monitora lo stato di salute del paziente in tempo reale durante le sue attività quotidiane. In caso di problemi il medico può intervenire tempestivamente».

Oltre a essere meno sovraffollati, come cambieranno gli ospedali?

«Possiamo immaginare ospedali in cui robot a mobilità autonoma si muoveranno con sicurezza e velocità nei reparti consegnando farmaci e pasti, migliorando la logistica; oppure droni che si muoveranno da un posto a un altro per portare farmaci personalizzati prodotti nella farmacia ospedaliera o per portare con urgenza provette nei laboratori».

In che modo invece il 5G cambierà la gestione quotidiana della salute delle persone?

«E' probabilmente questo l'ambito con maggiori ricadute. Avremo sempre di più la possibilità di aiutare le persone a prendersi cura di se stesse nella loro quotidianità. Pensiamo ad esempio ai dispositivi in grado di misurare l'attività fisica,

lo stress, la qualità del sonno o del respiro, e altri parametri fisiologici come lo stress ed altro ancora che la miniaturizzazione dei sensori renderà via via sempre più disponibile. Essere consapevoli del nostro stile di vita è il primo passo per la prevenzione ed il secondo è avere il supporto medico ed anche motivazionale con video tutorial personalizzati, per correggere i compor-

tamenti che possano portare al peggioramento, lento o rapido, del proprio stato di salute. In realtà, queste non sono idee nuove, è la tecnologia ad essere nuova. Ed è il 5G che le potrà fare diventare più efficaci, sicure e scalabili; dunque farle diventare realtà alla portata di tutti».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

PAOLO RUSSO

Un milione di italiani costretti a migrare al Nord per curarsi

P. 13

Solo in cinque Regioni i posti negli ospedali rispettano lo standard minimo stabilito dal ministero: la nuova mappa dei ricoveri della speranza

I migranti della salute a caccia di un letto Un milione di pazienti fuggono dal Sud Italia

DOSSIER

PAOLO RUSSO
ROMA

Sempre meno letti negli ospedali e poche strutture alternative nel territorio soprattutto al Sud fanno lievitare le fila dei migranti della salute. Sono 713 mila i pazienti dal Lazio in giù costretti a fare le valigie per trovare un posto in reparto. I ricoveri fuori regione erano il 7,6% di quelli complessivi nel 2010, sono cresciuti all'8,8%. Un esercito che sale a un milione, se si considera anche chi emigra per accertamenti diagnostici complessi. Flusso generato in particolare da chi cerca un posto in reparti di ortopedia, chirurgia generale e riabilitazione.

A disegnare la nuova mappa dei viaggi della speranza è un rapporto dell'Università Bocconi presentato oggi a Bari, in occasione dell'inaugurazione del nuovo ospedale di ricerca, ricovero e medicina riabilitativa del gruppo Maugeri. Grafici e tabelle che rilevano una volta per tutte la correlazione tra tagli ai posti letto e migrazioni sanitarie. Sedici re-

gioni su ventuno sono al di sotto dei 3,7 posti letto ogni mille abitanti, standard stabilito da un decreto ministeriale del 2015 e che è il più basso d'Europa. A salvarsi e di poco sono le province autonome di Trento e Bolzano, Emilia Romagna, Molise, Valle d'Aosta, Piemonte e Lombardia. Mentre a scendere sotto la già scarsa media nazionale sono Marche, Basilicata, Abruzzo, Sicilia, Campania, Puglia, Calabria e Toscana. Fatta eccezione per quest'ultima, che vanta però un'ottima rete di servizi territoriali, tutte regioni che esportano pazienti. Lo stesso gruppo di regioni lo si ritrova anche nella bassa classifica dei posti letto per le lungodegenze. Per non parlare della riabilitazione, dove per quella neurologica di alta specialità indirizzata al recupero di chi ha subito gravi danni spinali o ictus altamente invalidanti, il fabbisogno sarebbe di 6.125 letti, mentre i dati del Ministero della salute dicono che ce ne sono solo 2.328. Con le solite grandi disparità regionali: Sicilia e Molise coprono quasi il loro fabbisogno, in Campania ci sono 32 letti anziché

595. In Sardegna la dotazione di letti è del 443% inferiore al necessario e anche in Piemonte, Calabria e Friuli si registrano carenze del 300 e più per cento. Anche se si parla di riabilitazione neurologica a minor tasso di complessità la carenza di letti è palesata dai numeri. Secondo le società scientifiche dovrebbero essere oltre 29 mila, non arrivano a 23 mila. Dove le dotazioni sono più insufficienti, maggiore è il numero di migranti sanitari. Che alla fine creano un circolo vizioso, perché le regioni che li accolgono fatturano le prestazioni fornite a quelle di provenienza per un conto di 4,3 miliardi. Soldi che sarebbe stato meglio spendere per creare quello che non c'è.

Ma il fenomeno delle migrazioni sanitarie è anche figlio della discriminazione sociale. Perché al centro-nord quando il servizio pubblico non soddisfa le esigenze degli assistiti, soprattutto per i tempi di attesa, si sopperisce aprendo il portafoglio. Al Sud si fanno le valigie. Magari finendo per intasare ancor di più le liste d'attesa. Ad eccezione di Marche e Umbria infatti a nord della

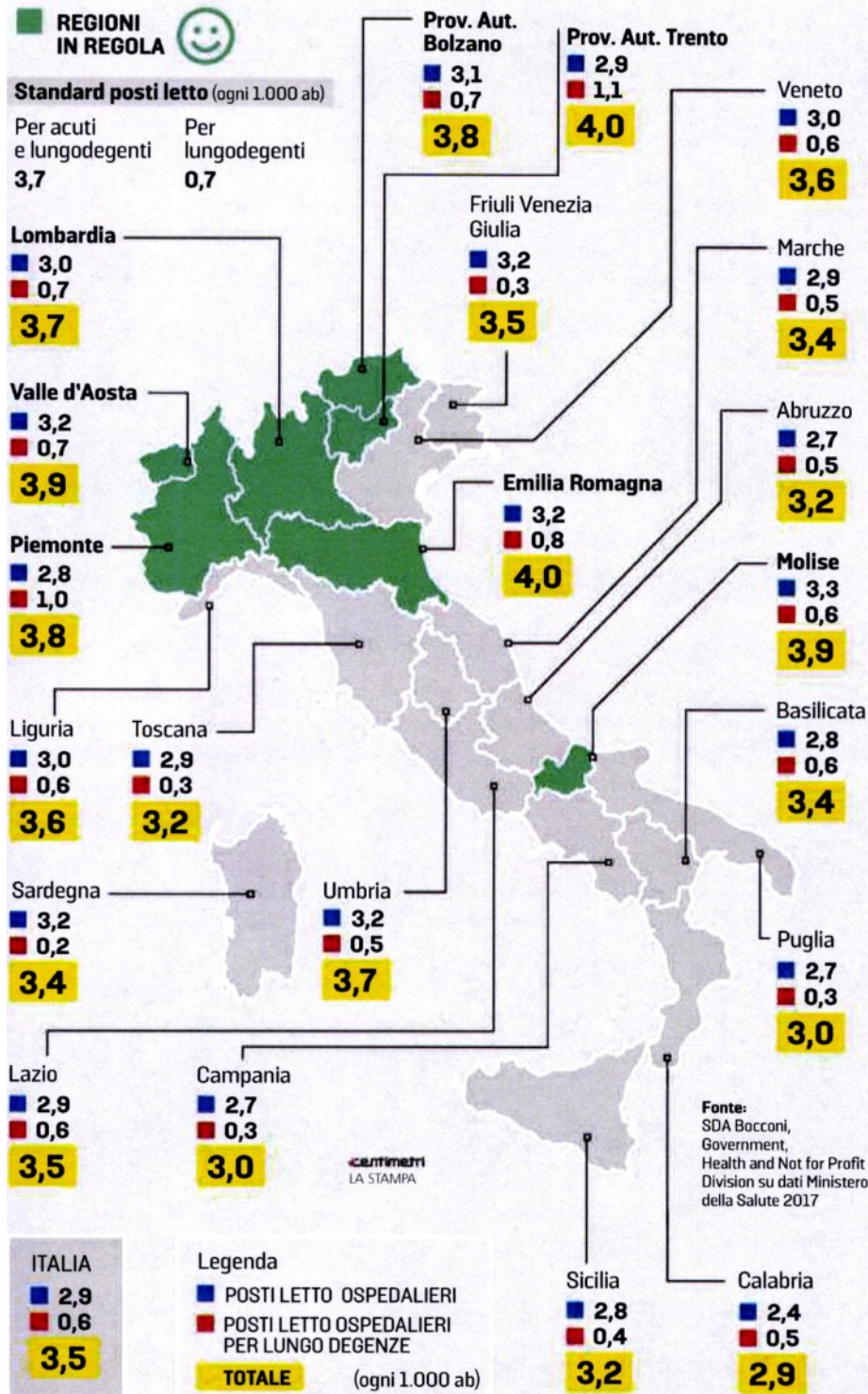
Campania le famiglie spendono per le cure nel privato più della media nazionale di 604 euro l'anno. Con la Valle d'Aosta che tocca i 1.030 euro di spesa, seguita dalla Lombardia con 793 euro, mentre la Campania, terra di migranti, si ferma a 374 euro.

Per uscire da questa situazione il Ministro della salute, Roberto Speranza, ha portato a casa con la manovra due miliardi in più per l'edilizia sanitaria. «Ma occorre anche invertire la rotta del privato, che oggi investe poco al Sud, dove serve creare strutture ma anche competenze e organizzazione. Perché se la prima causa di esodo sanitario dalla Puglia è l'intervento all'alluce valgo, vuol dire che non è questione di carenza di alta specializzazione ma di offerta che non soddisfa la domanda», afferma Paolo Migliavacca, direttore generale degli Istituti clinici scientifici Maugeri, che a Bari hanno investito 30 milioni per un nuovo ospedale di alta specialità da 246 posti letto, tirato su in 15 mesi. Esempio di come al Sud si possa invertire il senso di marcia. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Regione per regione, la scarsità dei posti letto



CARLO PALERMO Medico e sindacalista: "Le condizioni di lavoro sono ormai insostenibili"

“Abbiamo tagliato 46mila professionisti L'urgenza è assumere nuovo personale”

CARLO PALERMO
SINDACATO
MEDICI OSPEDALIERI



Bisogna investire
anche in strutture
intermedie
per far fronte
alle cronicità

INTERVISTA

ROMA

«**P**eggiorano le condizioni di lavoro dei medici, e non c'è nessuna riforma delle cure primarie» denuncia Carlo Palermo, segretario nazionale del principale sindacato dei medici ospedalieri, Anaa Assomed.

Quanti posti letto sono spariti negli ultimi anni?

«Dal 2000 ad oggi sono stati tagliati circa 80.000, passando da 4,8 al 3,5 per mille abitanti contro una media europea del 5 per mille. Mentre le condizioni di lavoro di migliaia di medici, spesso precari, sono peggiorate con un blocco del turn over senza fine, turni festivi e notturni in progressivo incremento e aggressioni verbali e fisiche sempre più frequenti».

Quanto hanno inciso i tagli nel fenomeno delle migrazioni sanitarie?

«Hanno inciso pesantemente. Ma per la comprensione del fenomeno, oltre al taglio

dei posti letto, va considerato anche il blocco del personale. E quest'ultimo ha colpito in misura maggiore le Regioni in piano di rientro. Il taglio di 46mila professionisti tra medici, dirigenti sanitari e infermieri si è concentrato dal 2009 a oggi soprattutto nel Lazio (-20%), Campania (-18%), Molise (-36%), Sicilia (-14%). Lo standard del 3,5 per mille abitanti, tra posti letto per acuti e lungodegenza più riabilitazione ci pone agli ultimi posti in Europa e nasconde regioni, ovviamente al Sud, che viaggiano con dotazioni anche inferiori. È una dotazione palesemente insufficiente per una popolazione in piena transizione demografica come quella italiana».

Serve creare più strutture territoriali per cronici e lungodegenti come dicono in molti o bisogna tornare a investire negli ospedali?

«È necessario mettere in campo entrambe le soluzioni in particolare nelle Regioni in piano di rientro. Il provvedimento più urgente è assumere personale e bene ha fatto il Ministro Speranza ad aumentare i posti letto negli ospedali e ad aumentare i fondi economici destinati alle assunzioni. Ma serve anche investire in strutture intermedie per far fronte al netto aumento delle cronicità, che richiedono assistenza in lungodegenza e riabilitazione». P.A.R.U. —

RIPRODUZIONE RISERVATA



PIAZZA DEI MIRACOLI

Primaziale possibile svolta Pacini al bivio dopo vent'anni

Mandato scaduto, alcuni membri verso l'addio
Tra i possibili ingressi quello di Madonna

Si lavora alla svolta nella deputazione dell'Opera della Primaziale Pisana. Il presidente Pierfrancesco Pacini al bivio dopo vent'anni. Il mandato è di fatto scaduto, nume-

rosi dei membri saranno sostituiti. Tra i possibili ingressi quello di Andrea Madonna. Decisivo il parere sui nomi da parte dell'arcivescovo Benotto. **LOI/INCRONACA**

OPERA DELLA PRIMAZIALE PISANA

Si lavora alla svolta nella deputazione il presidente Pacini al bivio dopo 20 anni

Il mandato è di fatto scaduto, numerosi dei membri saranno sostituiti. Tra i possibili ingressi quello di Madonna

Francesco Loi

PISA. Pierfrancesco Pacini potrebbe rivelarsi il principale candidato alla successione di se stesso. Oppure potrebbe anche decidere di farsi da parte per la poltrona di presidente, rimanendo nello stesso tempo tra i sette "deputati" per assicurare una linea di continuità rispetto agli ultimi due decenni.

È di fatto scaduto il mandato dell'attuale deputazione dell'Opera della Primaziale Pisana, l'ente che sovrintende ai monumenti di Piazza dei Miracoli. Pacini quest'anno ha raggiunto il notevole traguardo dei venti anni di presidenza, una reggenza che ha pochi eguali. Ma il suo compito non sembra ancora finito, anche se alla presidenza potrebbe esserci un avvicendamento.

L'Opera della Primaziale Pi-

sana è soggetta, in quanto fabbriceria, alla Legge Concordataria del 1929, in base alla quale è retta da un consiglio di amministrazione composto da sette membri, nominati ogni tre anni con decreto del ministro dell'Interno, i quali provvedono poi ad eleggere al proprio interno il presidente. L'attuale deputazione, oltre a Pierfrancesco Pacini, è composta dal vicepresidente **Giovanna Giannini** e dai deputati **Giuseppe Marianelli**, **Gabriella Garzella**, **Paolo Moneta**, **Giovanni Padroni** e monsignor **Gino Biagini**.

I sette membri, come recita lo statuto, sono scelti tra concittadini di specchiata moralità, di ottima condotta e professanti la religione cattolica; sono nominati due dall'Ordinario Diocesano e cinque dal ministro degli Interni, sentito l'Ordinario Diocesano. A nomi-

na avvenuta, l'operaio-presidente, nel rispetto della tradizione dei rapporti con la comunità pisana, ne dà comunicazione al sindaco della città.

Tutto questo ha anzitutto un significato: se è il ministro a firmare gli atti, niente può essere deciso se non ha l'approvazione dell'arcivescovo di Pisa. Sia per i componenti della deputazione a nomina diretta che per gli altri. In tutti questi anni il rapporto tra l'arcivescovo **Giovanni Paolo Benotto** e Pacini è stato inossidabile. So-



prattutto ha retto alla tempesta politica scatenata sulle nomine dal centrosinistra tre anni fa: un'ingerenza che monsignor Benotto non ha accettato, tanto da non esitare a rivolgersi al Tribunale per vedere rispettate le sue prerogative. Il ruolo di Pacini ne è uscito così rafforzato e stavolta la politica si è mossa in punta di piedi, non senza rinunciare comunque a capire quali fossero i margini di manovra per un eventuale avvicendamento alla guida dell'Opa. Esiste peraltro una circolare ministeriale, e non da ora, che invita per quanto possibile ad una rotazione dei presidenti. Secondo questa circolare dunque Pacini dovrebbe lasciare l'incarico. Si tratta però pur sempre dell'espressione di un gradimento e non di un'imposizione.

Il proseguimento di Pacini alla guida dell'Opera, con conseguente difesa dell'arcivescovo, era peraltro basata anche sulla volontà dello stesso Pacini, assecondata da Benotto, di

poter inaugurare il rinnovato museo dell'Opera della Primaziale, a compimento di un progetto lungo e dispendioso che l'attuale deputazione ha portato avanti negli anni. Il taglio del nastro è avvenuto nelle scorse settimane e questo potrebbe significare qualcosa. Oppure no. Gli scenari restano aperti, al di là delle scadenze del mandato. E di questi ne discuteranno prima di tutti lo stesso arcivescovo Benotto e il prefetto **Giuseppe Castaldo**, in rappresentanza appunto del ministero dell'Interno. Sarà compito proprio del **rappresentilio Visconti**.

È comunque certo che la deputazione cambierà in numerosi dei suoi componenti. Tra i possibili ingressi è stato fatto ad esempio il nome di **Andrea Madonna**, manager del gruppo imprenditoriale omonimo, che ha rilevato (insieme all'ex allenatore del Pisa **Gennaro Gattuso**) il complesso immobiliare dei Trovatelli che si affaccia su piazza del Duomo. E

Pacini? Potrebbe rimanere al suo posto o comunque essere (è questa l'eventualità più probabile) uno dei componenti della deputazione, che poi dovrà scegliere il presidente. Spetta peraltro all'operaio-presidente in carica all'atto della nomina della nuova deputazione, entro venti giorni dalla data di ricezione della comunicazione dell'avvenuta nomina, la convocazione per l'elezione del nuovo operaio-presidente, che viene eletto a scrutinio segreto in apposita seduta.

L'elezione dell'operaio-presidente non è valida se non è fatta con l'intervento di almeno cinque deputati in carica e a maggioranza assoluta degli aventi diritto al voto. Nonostante l'Opera della Primaziale Pisana sia uno degli enti più prestigiosi della città, la carica dell'operaio-presidente e dei componenti della deputazione è puramente onorifica, prestando la loro opera a titolo gratuito. È ammesso nei loro confronti il rimborso delle spese sostenute per la carica. —



**Pierfrancesco
Pacini**



**Giovanni Paolo
Benotto**



Andrea Madonna





Giovanni Padroni



Gabriella Garzella



Giuseppe Marianelli

Decisivo il parere
sui nomi da parte
dell'arcivescovo
Giovanni Paolo Benotto

Risale al 2016
lo strappo con l'allora
prefetto che sfociò
in Tribunale



Monsignor Gino Biagini



Giovanna Giannini



Paolo Moneta

IL CASO

«Tu sì, tu no» Anche all'asilo accesso assicurato ai bimbi (più) pisani

Diritti in Comune mette sotto accusa il regolamento che premia in graduatoria chi da più anni abita in città

PISA. «Vai all'asilo se la tua famiglia è «storicamente» pisana. Ed allora tutti a San Giuliano Terme».

Francesco Auletta consigliere di «Diritti in Comune» aggiunge un'altra tessera al mosaico della giunta di **Michele Conti** «tesa a politiche ideologiche, di esclusione e di disinvestimento del Comune dai servizi di istruzione e sociali». Il 19 dicembre approda in Comune per la discussione, il provvedimento che dà «un premio nella graduatoria per l'accesso agli asili la storicità della residenza della famiglia richiedente». Auletta fa un esempio: «Se una famiglia ha un reddito di 70mila euro ed è residente da 10 anni a Pisa mentre l'altra ha un reddito di 25mila euro ma risiede in città da 5 anni, il premio ed il posto vanno alla prima famiglia». Secondo Auletta si tratta «della riarticolazione in salsa pisana dello slogan leghista – ripreso da Casapound e Forza Nuova – «prima gli italiani», che in questo caso va a colpire i bambini e le bambine più piccole. Nei fatti siamo davanti ad una norma inaccettabile in cui la storicità della residenza, ovvero una condizione assolutamente irri-

vante per il godimento di un diritto come quello riguardante gli interventi per l'infanzia, viene usato come fattore di esclusione e discriminazione». La storicità della residenza è un criterio che ad esempio la legge regionale per l'emergenza abitativa ha abolito. «Il Comune si deve adattare alle indicazioni regionali che valgono nell'edilizia popolare così come per altri ambiti; la residenza è un fatto occasionale e lo sanno le coppie di giovani precari e sottoposti ad una mobilità pazzesca» dice Auletta. Secondo la lista «non si tratta solo dell'ennesimo intervento di propaganda con cui si mira a colpire lo «straniero», in realtà si colpiscono tutte le giovani coppie tentando di far valere meno il criterio del minor valore Issee rispetto al luogo in cui si abita o si è abitato». Auletta promette di dar battaglia in consiglio ed ha già investito della questione l'associazione «Altro Diritto» convenzionata con l'An-ci. Lo scopo è quello di bloccare in punto di legge il prossimo provvedimento comunale. «Il Comune sta andando verso l'ennesimo danno erariale perché fioccheranno i ri-

corsi come avvenuto per il divieto della giunta leghista di iscrizione all'anagrafe dei richiedenti asilo». Auletta si riferisce all'ordinanza del Tribunale di Pisa che ha riconosciuto non solo la residenza al richiedente che ha fatto ricorso – difeso dall'avvocata **Silvia Davini** –, ma anche tutti quei diritti il cui esercizio è connesso con la residenza sul territorio, come le cure continuative, l'assistenza sociale e l'iscrizione ai centri per l'impiego. Già a marzo scorso, infatti dopo una mozione portata in consiglio comunale e bocciata dalla maggioranza, la coalizione Diritti in Comune aveva diffidato, allegando il parere legale dell'avvocato **Andrea Callioli**, il sindaco e l'amministrazione comunale a iscriverne all'anagrafe i richiedenti asilo, anche sulla scia di una giurisprudenza univoca e chiara in materia. «Con questo tassello sulla premialità della residenza anche negli asili, la giunta leghista vorrebbe completare il quadro delle sue politiche discriminatorie ben sapendo di andare incontro a valanghe di ricorsi ed eventuali danni erariali che pagheremo tutti noi per le scelte della giunta leghista».

— **Carlo Venturini**





Il consigliere comunale Ciccio Auletta

INDAGATO PER TRUFFA

Il comandante si difende e attacca giunta e sindaco

Il capo della Municipale di Cascina, Paolo Migliorini, spiega che la sua colpa è «non aver detto sì a richieste illegali». CHIPELLINI / IN CRONACA

BUFERA IN COMUNE

La verità di Migliorini: «Ho solo una colpa quella di non dire sì a richieste illegali»

Il comandante, indagato per truffa aggravata e continuata, attacca il sindaco reggente Rollo e la giunta cascinese

CASCINA. Il giorno in cui il Gip del Tribunale di Pisa ha respinto la richiesta di dissequestro dei conti correnti e di un ciclomotore intestato al comandante della polizia municipale di Cascina, **Paolo Migliorini**, quest'ultimo scrive alla giunta e alla stampa dando la sua versione dei fatti sull'inchiesta che lo vede indagato per truffa aggravata e continuata. Tutto per «colpa» di un infortunio sul lavoro che Migliorini ha avuto il 22 luglio scorso, scivolando sulle scale dell'atrio del Comune mentre andava a timbrare. Da quel momento Migliorini è rimasto a casa. Prima per 10 giorni con il certificato rilasciato dal pronto soccorso e poi fino al 26 settembre sulla base di altri certificati firmati da medici dell'Inail. Nei giorni successivi Migliorini è però andato ugualmente in Comune per sbrigare atti urgenti. L'ufficio personale gli avrebbe contestato questo comportamento, invitandolo a restare a casa, visto che era agli infortuni. Ma l'invito sarebbe caduto nel vuoto.

«Mi è stata riscontrata la rottura parziale del legamento collaterale interno nel tratto prossimale», spiega il comandante nella lettera. I medici dell'Inail hanno prescritto una ginocchiera armata e consigliato esercizi per rinforzare la muscolatura del quadricipite femorale.

PUNITO PERCHÉ ANDATO A

LAVORARE. «Per tutta la durata dell'infortunio non ho mai smesso di indossare la ginocchiera elastica. Nei giorni successivi, non potendo assolutamente trascurare l'attività d'ufficio, nonostante l'infortunio, che non mi impediva altresì di camminare agevolmente, mi sono recato periodicamente al comando per firmare atti urgenti e organizzare l'attività dei colleghi».

LA DENUNCIA DEL COMUNE.

Il 7 agosto parte la denuncia del sindaco reggente, Dario Rollo. «Il 14 agosto mi sono visto notificare un provvedimento disciplinare recante la seguente contestazione, quella di «aver sottoscritto in data anteriore al 13 agosto, nonostante fosse in infortunio determinante inabilità al lavoro, le determinazioni dal n. 4553 al n. 4557 del 13 agosto, recandosi sul luogo di lavoro per sua stessa ammissione almeno nei giorni 29 luglio, 5 agosto, 6 agosto, 12 agosto e 13 agosto, ritardando in tal modo o compiendo attività che possano ritardare il recupero psico-fisico nel periodo di infortunio....., tanto che risulta ancora in infortunio». Non ho creduto ai miei occhi: punito perché sorpreso a lavorare».

IL PROCEDIMENTO DISCIPLINARE. «Non è vero che il proce-

dimento disciplinare è stato aperto in conseguenza di quel-

lo penale», dice Migliorini. Le due vicende, secondo il comandante, sono incongruenti. «Il procedimento disciplinare (14 agosto) segue di una settimana la querela di Rollo (7 agosto) e contesta al sottoscritto il comportamento esattamente contrario. La denuncia paventa un falso infortunio ai fini di incassare l'indennità. Il procedimento disciplinare contesta l'essermi recato sul posto di lavoro durante l'infortunio così ritardando il recupero psico-fisico. Quindi il Comune ora non sa che pesci prendere. Ma il procedimento disciplinare deve essere concluso, in un senso o nell'altro, assumendosene la grave responsabilità, e non può essere sospeso contestando fatti del tutto diversi rispetto a quelli addebitati penalmente».

ACCUSE PESANTI. Migliorini attacca Rollo e la giunta per il comportamento che, a suo dire, hanno avuto con lui. «La mia colpa – scrive – è quella di non aderire a richieste che sfocino nella illegalità e nella non osservanza di leggi e regola-



menti, neanche sotto minaccia, come ultimamente più volte avvenuto, neanche se sottoposto a continui procedimenti disciplinari, anche per evidenti futili questioni, smentite poi dai fatti». E ancora: «Non mi farò imbavagliare da un procedimento disciplinare, né da una denuncia palesemente calunniosa». —

Sabrina Chiellini

LA GIUNTA

Riunioni urgenti con gli avvocati

Le sei pagine scritte dal comandante della polizia municipale hanno fatto il giro di numerose chat. L'ufficio personale del Comune sta valutando insieme agli avvocati come procedere. Al di là di quella che è l'inchiesta o del procedimento giudiziario, l'amministrazione comunale sta pensando a come tutelarsi visto che ormai la "guerra" è scoppiata. I legali sono al lavoro per valutare la sospensione dal servizio di Migliorini. Ormai lo scontro con l'amministrazione è totale. Si parla anche di possibili querelle per diffamazione per certe esternazioni sui social.

L'INDAGINE

Sequestrati undicimila euro per danno erariale

Il 21 novembre scorso Migliorini ha ricevuto in ufficio la visita della Guardia di Finanza per notificargli l'avviso di garanzia a firma del pubblico ministero, dottor Sisto Restuccia, per il reato di truffa aggravata continuata, unitamente al decreto di sequestro preventivo del Gip, dottor Laghezza, per un equivalente della cifra di 11.187 euro, "corrispondente al profitto del reato per cui si procede".



Il comandante della polizia municipale Paolo Migliorini ad un'iniziativa del Comune di Cascina

Trapani sfida Zambito, nel Pd è derby zingarettiano

Il partito al voto per scegliere il segretario. L'ex assessore divide la maggioranza dem

PISA

Il consigliere comunale Matteo Trapani (foto), 32 anni, è l'altro candidato alla segreteria cittadina del Pd. Sarà lui a sfidare l'ex assessore **Ylenia Zambito** in un derby dell'area zingarettiana, che si è spaccata dopo l'ufficializzazione della candidatura dell'ex assessore. Il voto si esprimerà nei circoli cittadini tra venerdì e lunedì prossimo poi il 20 dicembre l'assemblea congressuale ratificherà l'elezione del nuovo segretario. «Dobbiamo inviare segnali d'apertura alla città - dice Trapani (nella foto) - più che cercare rivalse tra noi. Dobbiamo parlare con quei mondi con i quali abbiamo interrotto le relazioni da troppo tempo (associazionismo sportivo, culturale, università e comitati civici). Di alcuni di questi soggetti non abbiamo più da anni neppure il numero di telefono». Secondo Trapani «il Pd de-

ve uscire dalle logiche che segretari e dirigenti si decidono a Roma e poi se non vanno bene si litiga: avremmo dovuto evitare la conta interna, ma non è vero che ciò è accaduto per la mancanza di un'alternativa. E' mancata una proposta e infatti il gruppo in consiglio comunale ha lavorato senza avere il partito alle spalle». Difficile fare pronostici sulla geografia del consenso dentro i dem, che a Pisa sono alle prese con una annosa guerriglia interna. Ma stando ai rumors i circoli di Riglione, Leopolda, Pratale e Cep sono con Zambito, gli altri dovrebbero sostenere Trapani insieme a tutta l'organizzazione giovanile, ai post renziani e ai consiglieri comunali, esclusa **Olivia Picchi**. Infine, il consigliere comunale promette di «costruire un'alternativa alla politica leghista, ma anche di elaborare una proposta politica che sappia intercettare la speranza di un'alternativa oggi rappresentata ad esempio dal movimento delle Sardine: dobbiamo ricominciare a dialogare con i comuni limitrofi sull'urbanistica e per un trasporto pubblico efficiente».

Gab. Mas.



«Piano strutturale e paesaggistico: invito la comunità a partecipare»

Parte l'iter con la valutazione ambientale strategica: i cittadini possono inviare le proprie proposte

SAN GIULIANO TERME

Anche nel Comune di San Giuliano Terme è partito l'iter per il Piano strutturale e per quello paesaggistico, avviando la fase preliminare della valutazione ambientale strategica. «Con la formazione del nuovo Piano strutturale – spiega il sindaco Sergio Di Maio – andiamo a definire le scelte strategiche per il nostro territorio non soltanto in termini di sviluppo ma anche di tutela ambientale. Siamo chiamati a pensare oggi il nostro futuro, con l'obiettivo di una crescita multidimensionale: sociale, economica e culturale. Il tutto senza rinunciare ai caratteri identificativi della nostra comunità e dell'ambiente che la ospita. Per questo, accogliendo pienamente le indicazioni della legge regionale, sarà per noi fondamentale la partecipazione alla procedura dei soggetti istituzionali, dei cittadini, degli attori economici e di tutti gli altri soggetti interessati».

Il Comune, come ha sottolineato la responsabile del procedimento, l'architetto Monica Luperi, sta lavorando a un programma di incontri pubblici che sarà a breve pubblicizzato. «Come



Il sindaco di San Giuliano Terme, Sergio Di Maio

già per il Piano operativo comunale – ha aggiunto Di Maio –, tutti i soggetti interessati possono partecipare, ognuno per le proprie funzioni e competenze, alla costruzione del nuovo Piano strutturale. Non solo enti, professionisti, associazioni di categoria e portatori di interesse: anche i cittadini sono chiamati a dare un contributo. In ballo c'è il futuro di San Giuliano Terme». Gli apporti collaborativi dovranno

no esser presentati in Comune entro e non oltre il 2 gennaio 2020. Gli eventuali contributi relativi agli obiettivi programmatici potranno invece essere presentati dai soggetti interessati entro il 1 febbraio 2020. «Voglio sottolineare – ha concluso il sindaco – che l'imponente lavoro di revisione degli strumenti di governo del territorio, il Piano operativo prima e ora il Piano strutturale, è stato e sarà gestito interamente dai nostri uffici, a dimostrazione dell'elevata professionalità dei dipendenti del Comune. Ringrazio fin da ora la responsabile del procedimento architetto Monica Luperi e tutti i dipendenti che sono già al lavoro per il Piano strutturale».

DI MAIO

«C'è in ballo il futuro della nostra cittadina: ringrazio fin da ora i dipendenti comunali che sono già al lavoro»



Una fiaba sull'amicizia nata da una storia vera: l'associazione "Idee in movimento" sostiene la raccolta fondi per il Meyer

“Capitan Giacomo trova il tesoro” il libro in vendita a Casciana

LA STORIA

A Natale regala un tesoro ai tuoi figli, ai nipoti e agli amici. Come si può fare? Con 10 euro completamente devoluti al reparto oncoematologico del Meyer di Firenze si può comprare il libro che la mamma di una bambina che è in cura al Meyer di Firenze ha scritto pensando ai bambini e alle persone che attraversano momenti difficili. Capitan Uncino è una persona con disabilità: ha perso una mano ma della sua diversità ha fatto un punto di forza trasformandosi nel personaggio leggendario amato da grandi e piccini. I bambini che si ammalano non devono abbattersi ma reagire e combattere come Capitani! La vita è sempre e comunque meravigliosa, bisogna sempre continuare a sognare. È questo l'insegnamento del libro che troverete sabato e domenica al banco allestito dall'associazione Idee in movimento, in piazza Garibaldi dalle ore 16 alle ore 19, 30. A tutti i bambini le donne dell'associazione of-

friranno un piccolo gadget offerto dal Meyer.

Di cosa si tratta? Di un libro speciale. Si intitola “Capitan Giacomo trova il tesoro!”, ed è una fiaba sull'amicizia, scritta dalla figlinese Valentina Trambusti, e illustrato da Armando Fontana, per una iniziativa che nasce dall'esperienza di una mamma, Francesca Sottili. Un libro il cui ricavato andrà interamente all'oncoematologia del Meyer di Firenze.

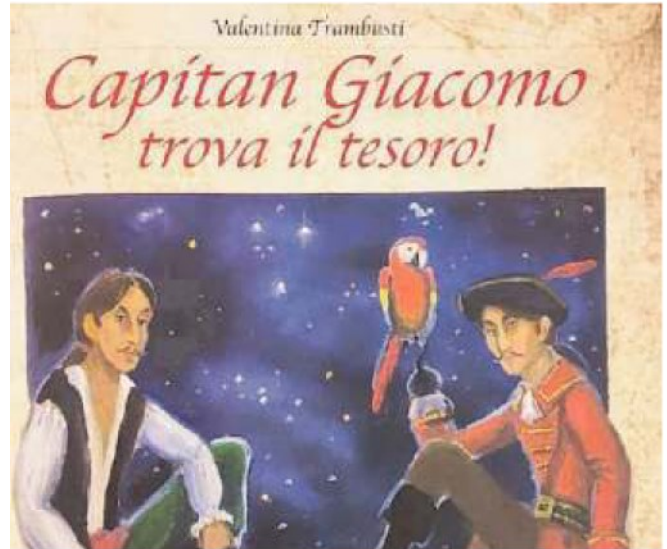
Un modo semplice per stare vicino ai più deboli, a coloro che vivono il disagio e la sofferenza di chi lotta contro un tumore nella più tenera età.

È questo l'impegno che sta dietro l'iniziativa, nata da una donna che ha vissuto sulla propria pelle questa esperienza. Una mamma che, uscita positivamente dall'ospedale pediatrico, ha voluto dare un proprio contributo concreto.

Ora che si avvicinano le feste di Natale il libro diventa anche l'occasione per fare un dono ai bambini e avvicinarli attraverso la lettura di questa storia anche al mondo della disabilità. –

S. C.

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



Il libro che sarà venduto dalle donne di Idee in movimento



LA GIORNATA DEL TERZO SETTORE

Niente crisi per il no profit
In Toscana cresce sempre

a pagina 2

La Toscana no profit è più forte della crisi

Qui le associazioni di volontariato crescono del 10% ogni anno: oggi sono più di 3.300

Settori

La maggior parte degli enti sono impegnati nell'ambito sociale e si dedicano in particolare agli anziani e ai minori in difficoltà

In tempi di crisi e individualismi, in Toscana il volontariato continua a crescere. Lo dicono i numeri. Sono 3.347 le associazioni di volontariato iscritte al registro regionale, con un incremento del 10% ogni anno: nel 2003 erano 2.144, nel 2011 hanno raggiunto quota 3.209 e oggi sono appunto 3.347. Ci sono insomma tante persone impegnate col proprio lavoro quotidiano, giorno e notte col pensiero rivolto agli altri.

A tracciare una mappa dello stato del volontariato nella nostra regione, proprio nella giornata internazionale del volontariato che ricorre oggi, è il Cevot (Centro servizi volontariato della Toscana). Secondo lo studio, in Toscana sono oltre 26.000 le istituzioni no profit. Le organizzazioni iscritte al registro regionale del volontariato sono come detto 3.347, al registro della promozione sociale 2.724, al registro delle cooperative sociali 578 e all'anagrafe delle onlus 1.865. Firenze, Lucca, Pisa, Arezzo e Livorno le province in cui il terzo settore è più forte, in fondo alla classifica Massa Carrara e Prato.

Quello dei volontari è un vero e proprio esercito: com-

pletivamente i volontari sono 469.000, un numero piuttosto stabile negli ultimi anni. Mezzo milione di persone impegnate a fare del bene a chi busa alla porta di un'associazione. Sono invece poco più di 46 mila i dipendenti degli enti no profit.

Quello che balza agli occhi dalla fotografia del settore in Toscana, è il fatto che la regione registri una presenza di organizzazioni no profit tra le più alte in Italia (71 ogni 10 mila abitanti a fronte del 55,4 nazionale) e una spiccata propensione al volontariato (1.253 volontari ogni 10 mila residenti, contro la media nazionale di 911 volontari). Insomma, il volontariato fa parte del Dna dei cittadini toscani e questo non è cambiato. La Toscana è la quinta regione per numero di enti del Terzo settore e quarta per numero di volontari.

La maggior parte delle associazioni di volontariato, ben 1.634, sono impegnate in ambito sociale e si dedicano in particolare agli anziani, alle famiglie bisognose, ai minori in difficoltà, agli immigrati, alle persone con disabilità. Complessivamente la per-

tuale delle associazioni attive nel sistema del welfare toscano è intorno al 74% del totale. Il 47,4% delle organizzazioni di volontariato ha convenzioni con gli enti pubblici.

Ma quanti volontari hanno le associazioni? Il 51% è di piccole dimensioni (con meno di 20 persone). Il 71,3% dichiara una matrice aconfessionale. Il 48,6% delle associazioni è nata tra i 5 e i 14 anni fa, il 39% è nata da più di 15 anni e il 12,6% è nata tra i 1 e 4 anni fa. Sarà forse l'effetto Greta Thunberg, ma nell'ultimo periodo si registra una maggiore propensione a dare vita ad associazioni che si occupano di ambiente e sostenibilità. Anche le associazioni che si occupano di migranti, data probabilmente la contingenza storica, sono in crescita. A partire dal 2011 si registra anche un au-



mento consistente di associazioni che si occupano di promozione e tutela dei beni culturali, di protezione civile e di volontariato internazionale.

E qual è l'identikit del volontario? Donne e uomini delle associazioni hanno mediamente un'età compresa tra i 30 e i 54 anni, il 52% ha un'occupazione fissa, quasi la metà sono donne (46%), ma a partire dalla metà degli anni '90 si registra un aumento delle organizzazioni in cui la componente femminile è prevalente (che costituisce cioè oltre il 50% dei volontari). Buona parte dei volontari giovani è studente universitario e ha un'età compresa tra 19 e 24 anni. Anziani e giovani sono presenti soprattutto in associazioni di piccole dimensioni, mentre nelle organizzazioni medie e grandi è più consistente la presenza di volontari con età tra i 35 e i 55 anni.

Jacopo Storni



Oggi

● Oggi è la **giornata internazionale del volontariato**. A Roma, dall'9,30, nell'aula magna della Facoltà di Architettura dell'Università Roma Tre a Testaccio si terrà un **dibattito** e una tavola rotonda a cui parteciperà anche il premier **Conte**

● Sono 3.347 le associazioni di volontariato iscritte al registro regionale, con un **incremento del 10%** ogni anno: nel 2003 erano 2.144, nel 2011 3.209. Sono invece **469.000 i volontari** impegnati e 46 mila i dipendenti degli enti no profit

Testimonianze

«Io, da 25 anni in giro per il mondo a prendere di petto le emergenze»

Faticenti, dirigente nazionale delle Misericordie: «Ho iniziato per caso»

Di solito finisce in fondo al curriculum, alla voce «altre attività». Ma è un elemento sempre più importante, a volte decisivo. Perché il volontariato è sì un'esperienza non retribuita ma al contempo «è una di quelle cose ti temprano nello spirito e nel corpo, che ti fa sentire una persona diversa, più matura. E che, con un po' di fortuna, ti fa anche trovare lavoro». Parola di Gionata Faticenti.

Gionata, 40 anni di Empoli, sposato e babbo di due bimbi di 5 e 2 anni, di servizi e interventi, nei suoi 25 anni di Misericordia, ne ha fatti a decine: Haiti, Cile, Umbria e Marche nel 1996, e poi L'Aquila, Amatrice e Genova, con il crollo del Ponte Morandi, e l'Albania, per il terremoto delle scorse settimane. Aveva solo 17 anni quando, convinto dai suoi amici, decise di entrare a far parte del grande mondo del volontariato, per poi essere assunto, 20 anni dopo, come direttore Area Emergenze nazionali delle Misericordie d'Italia. «Fare il volontario, nell'ambito delle emergenze, fa venire fuori il tuo coraggio — raccontata, mentre dal suo computer cerca di organizzare le squadre partite per Durazzo — fa vincere le tue paure ma soprattutto ti fa rendere conto che

puoi riuscire a fare cose che non avresti neanche mai immaginato». Per Gionata, nel 1994, tutto iniziò quasi per gioco: «Tanti conoscenti e familiari erano impegnati nella Misericordia e così mi dissi: "Via, provo anche io". Quando ho preso servizio alla Misericordia di Empoli noi ragazzi avevano meno impegni e meno distrazioni di quelli di oggi. Però questi ultimi mi sembrano più consapevoli, convinti. Insomma, i giovani d'oggi hanno voglia di fare un'esperienza vera, concreta. Prima le persone si impegnavano nel volontariato con molta più facilità, ora invece è tutto più distaccato, virtuale».

Il volontariato è un mondo che aiuta gli altri senza chiedere nulla in cambio, organizzato in enti e associazioni. Ed è grazie ai volontari che pezzi della nostra società tengono botta, in un momento storico in cui guerre, disastri ambientali, povertà economiche e culturali sfidano la tenuta del contesto sociale. Dall'assistenza agli anziani a quella per i disabili, dalla promozione dei beni culturali alla salvaguardia dell'ambiente, i volontari ci sono sempre e «costituiscono una comunità resiliente». Al contrario di qualche anno fa, però, se i servizi sono immutati, l'iden-

tikit di chi decide di dedicarsi agli altri è molto cambiato: «Ci sono sempre più adulti — spiega il direttore dell'Area Emergenze Nazionali — perché vogliono rimettersi in gioco, vogliono sentirsi utili e importanti ma anche perché hanno avuto un contatto diretto con questo mondo, e da questo mondo sono stati aiutati».

Il volontario sa bene che la sua vita sarà fatta di sacrifici e tanta gratificazione. A volte le giornate sono dure, ma il sorriso non manca mai: «Per stemperare la tensione e per non farsi fagocitare dai problemi altrui. Perché quei problemi, quando si viene chiamati per un intervento, vanno risolti, non somatizzati. E ovviamente pensi ai tuoi affetti, ai tuoi figli e a tua moglie che sono a casa e che ti aspettano e che non sai quando potrai rivedere». Ma quello del volontario è un'esperienza che ti arricchisce, in particolare «quando chi ha perso un familiare, la casa, il lavoro, tutto, ti abbraccia e ti fa sentire tutto il suo calore. Lì per lì non te ne rendi conto, ma non appena torni nella tua tenda e resti solo con la tua coscienza, capisci ciò che stai facendo e ti chiedi: perché non l'ho fatto prima?».

Antonio Passanese





Gionata Fatichenti a Durazzo subito dopo la scossa di terremoto che ha provocato oltre cinquanta morti



Ci sono
sempre
più adulti
tra i
volontari
perché
vogliono
rimettersi
in gioco,
vogliono
sentirsi
utili

Gli sciacalli degli anziani

Falsi agenti e donne senza scrupoli Tre novantenni truffati in strada

Pensionato seguito e derubato dopo aver ritirato mille euro alle poste

E in via Kyoto un fantomatico poliziotto fa man bassa dei gioielli di una coppia

LA SCUSA

«Fate attenzione, c'è stato un furto. Datemi i vostri monili, così in questura saranno al sicuro»

di **Rossella Conte**
FIRENZE

Dal finto poliziotto alla vicina di casa in cerca di aiuto. Non c'è limite alla fantasia degli artisti delle truffe che ogni giorno escogitano nuove tecniche per depredare i nostri anziani. Martedì mattina, solo nel quartiere di Gavinana, tre nonni nel giro di poche ore sono finiti nel mirino degli imbrogliatori.

Il primo, in ordine temporale, riguarda una coppia di anziani che stavano tornato a casa quando sono stati superati da un uomo che si è avvicinato al loro campanello, facendo finta di suonare. Quando i due, lei 85 anni e lui 90 anni, lo hanno visto si sono presentati, anche perché l'uomo aveva un tesserino da poliziotto e al telefono stava simulando una telefonata con dei finti colleghi: «Mandate rinforzi - le sue parole - c'è stato ancora un furto in appartamento». Così un finto agente marte-

di mattina ha truffato una coppia di anziani in via Kyoto, nel quartiere di Gavinana. Secondo quanto raccontato alla polizia, il 90enne e l'85enne stavano rincasando, quando la loro attenzione è stata catturata da un uomo che era al telefono proprio davanti al loro portone. «C'è stato un furto, servono aiuti. Sono qui sul posto» ha detto al cellulare. Marito e moglie quindi si sono avvicinati chiedendo spiegazioni su cosa fosse successo. L'uomo allora si è presentato come poliziotto e ha detto che cercava proprio loro perché, mentre erano fuori, qualcuno si era intrufolato nell'appartamento portando via un orologio. La coppia preoccupata ha fatto salire il truffatore - descritto come un uomo ben vestito sui 40 anni - in modo che potesse cominciare con i controlli. Dopo aver guadagnato la fiducia della coppia, ha chiesto loro di mostrargli i gioielli che avevano in casa. La donna non se lo è lasciato ripetere due volte e, in una frazione di secondo, nemmeno il tempo di spiegargli cosa avesse e cosa no, l'imbrogliatore ha preso quello che c'era nella cassetta con la scusa di dover portare tutto in ufficio per ulteriori accertamenti. Solo dopo

marito e moglie si sono resi conto di essere stati vittima di un raggiro. Quando i poliziotti sono arrivati sul posto erano entrambi visibilmente sotto choc.

In piazza Gavinana, poco tempo dopo, un altro 90enne è rimasto vittima di un borseggio mentre passeggiava nei pressi di piazza Gavinana. L'anziano, solo pochi minuti prima, aveva ritirato una somma di circa mille euro in contanti alle poste del lungarno Ferrucci infilando nel giubbotto la busta con i contanti. Dopo essere uscito gli si è avvicinata una donna - descritta sulla cinquantina con accento straniero - che gli ha chiesto una mano per spostare delle scatole. L'anziano, in buona fede, si è reso disponibile. La donna poi l'ha palpeggiato dicendo che avrebbe dovuto chiudersi il giubbotto per ripararsi dal freddo. Una mossa durata una frazione di secondo in cui gli ha sfilato la busta con i contanti per poi allontanarsi.

Il 90enne si è reso conto del borseggio dopo pochi minuti motivo per cui ha allertato la polizia. Ma quando sono arrivati gli agenti, il portone era chiuso e della truffatrice nessuna traccia. Anche su questo episodio indaga la polizia che sta visionando le telecamere della zona.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



LA TENDENZA

**E ogni giorno
spunta un caso**

Trend in crescita,
statistiche preoccupanti
occhio ai prelievi

Ogni giorno almeno una truffa. Si calcola che un anziano su due a Firenze sia stato vittima di un raggio. Numeri allarmanti, quasi un'emergenza, che non smettono di crescere. E i pericoli sono ovunque, al bancomat, al parco, alle Poste e a fare la spesa. La riscossione della pensione, in particolare, è un momento delicato. Si tratta di pochi soldi, ma importanti per una persona anziana, gli unici che permettono loro di vivere a volte in maniera neanche troppo dignitosa. Le statistiche del resto, confermano il trend: Firenze è al 3° posto in Italia per il numero complessivo dei reati denunciati, al 2° per furti con destrezza, al 3° furti nelle abitazioni al 7° per le rapine e all'8° per furti con strappo.

I raggiri più in voga**IL FALSO INCIDENTE STRADALE**

Dicono che figlio o nipote ha avuto un incidente e che arriverà la chiamata di un carabiniere (un complice). Anche in questo caso servono subito soldi

**LA TRUFFA DELLE PIETRE PREZIOSE**

Vi spiegano che non hanno soldi liquidi, così cercano di vendervi finte pietre preziose a prezzo di saldo. Passa poi un falso gioielliere che si avvicina e vi convince della bontà dell'affare

**L'INTERVISTA TAROCCA**

Vi fermano per strada e vi chiedono un'intervista su un qualsiasi argomento. Poi vi chiedono una firma, ma attenzione perché si tratta di un contratto di vendita

**FALSI ADDETTI DI LUCE E GAS E ACQUA**

Dicono di dover controllare le utenze e vi chiedono di tirare fuori soldi preziosi per evitare non meglio precisate contaminazioni

**LA TRUFFA DELLO SPECCHIETTO**

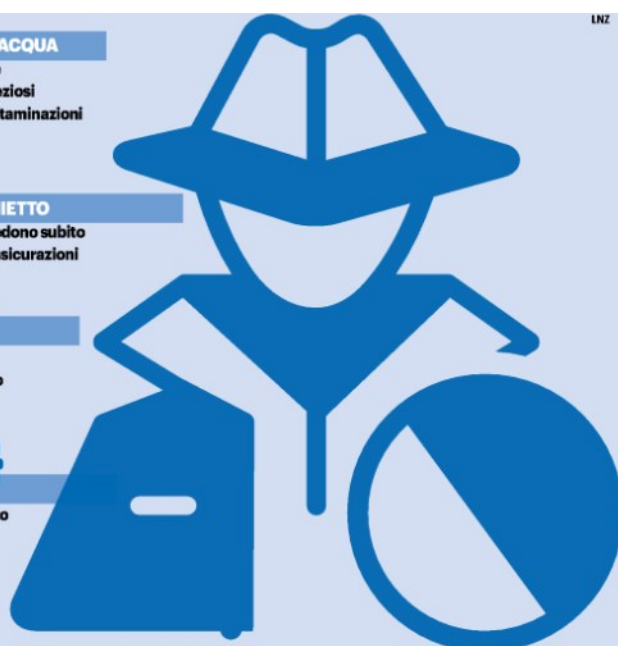
Simulano un incidente e vi chiedono subito i soldi per evitare noie con le assicurazioni

**IL FALSO AVVOCATO**

Vi chiamano dicendo che vostro figlio/nipote è nei guai e che è necessario pagare una cauzione in contanti

**LA GIACCA DA PULIRE**

Ti urtano facendoti cadere il caffè o gelato sulla giacca. Poi con la scusa di aiutarti a pulirla ti sfilano il portafoglio



Truffe agli anziani, allarme ignorato

Tre novantenni seguiti, adescati e derubati di pensione e gioielli. Ora è un'emergenza. Ecco come difendersi **Conte alle pagine 2 e 3**

Dati choc, ora è allarme

Un over 65 su due vittima di truffa

I numeri (inquietanti) del fenomeno

Volantini, lezioni e campagne di sensibilizzazione delle forze dell'ordine
Ma i raggiri continuano lo stesso. I consigli per non cadere in trappola

LA RACCOMANDAZIONE

Tenere a portata di mano i numeri di 113 e 112 e quelli delle società che erogano servizi come luce e gas

IL CONSIGLIO

Mai farsi vedere incerti o titubanti ma cercare sempre di essere decisi nelle proprie azioni

FIRENZE

A Firenze quasi un nonno su due è stato vittima di una truffa (o tentativo) almeno una volta negli ultimi tre anni. Se contiamo che in città gli over 65 sono circa 25mila, si capisce subito che circa 10-12mila di loro hanno avuto a che fare con i truffatori. A parlare chiaro sono i risultati di «Più sicuri insieme», l'indagine sulla terza età a cura di Confartigianato: ben il 41% degli intervistati dichiara di aver avuto un faccia a faccia con un imbroglione negli ultimi tre anni. Proprio per loro, per i nostri nonni, è partita lo scorso anno dal Comando Provinciale Carabinieri una delle più grandi operazioni a tutela dei 'capelli bianchi' (e non solo) che sta coinvolgendo tutto il territorio con lezioni faccia a faccia e la distribuzione di un vademecum con i comportamenti da tenere anche rispetto a una tipologia di imbroglio sempre più diffusa, quella dei falsi addetti di società di erogazione di servizi come luce, acqua, gas. Agli abitanti vengono fornite info utili su come riconoscere un malvivente, «spesso una persona distinta, elegante e particolarmente gentile. Dice di essere un funzionario delle Poste, di un ente di beneficenza e talvolta un appartenente alle forze dell'ordine». In poche parole, non bisogna mai lasciarsi ingannare dalle apparenze perché, come si suol dire, non sempre l'abito fa il monaco.

I truffatori possono anche fingersi addetti delle società di erogazione di servizi come luce, acqua, gas. Per questo - si legge sul vademecum - è bene sapere che di solito il controllo domiciliare delle utenze domestiche viene preannunciato con un avviso. In ogni caso, qualunque sia l'identikit e il tipo di raggio, bisogna partire da un presupposto «chiamare sempre il 112». Tra le regole da tenere a mente quella di non aprire agli sconosciuti, soprattutto se soli, di non mandare i bambini al citofono e di controllare sempre dallo spioncino.

I carabinieri avvertono anche: «In caso di consegna di lettere o pacchi chiedete che vengano lasciati nella cassetta della posta e in assenza del portiere, se dovete firmare la ricevuta, aprite con la catenella attaccata. Se inavvertitamente avete aperto la porta a uno sconosciuto, non perdetevi la calma. Invitatelo ad uscire dirigendovi con decisione verso la porta. Ma anche tenete a disposizione, accanto al telefono, un'agenda con i numeri dei servizi di pubblica utilità (Enel, Telecom, Acea, etc.) così da averli a portata di mano in caso di necessità. In ogni caso, cercate comunque di essere decisi nelle vostre azioni». Infine, i carabinieri invitano a non accettare in pagamento assegni bancari da persone sconosciute e a non firmare nulla che non sia chiaro. «Chiedete sempre consiglio a persone di fiducia più esperte di voi».

Rossella Conte



LA RICERCA

**'Più sicuri insieme'
di Confartigianato**

A parlare chiaro sono i risultati di «Più sicuri insieme», l'indagine di Confartigianato: ben il 41% degli intervistati dichiara di aver avuto un faccia a faccia con un imbroglione negli ultimi tre anni. Nell'85% dei casi le vittime hanno chiesto aiuto telefonico alle forze dell'ordine (112, 113, 117).

FOCUS

Le 5 regole da seguire

1 Non aprire la porta agli sconosciuti

2

Fatevi sempre mostrare un tesserino di riconoscimento



3

Al minimo dubbio dite che chiamerete le forze dell'ordine e capirete subito le intenzioni di chi vi bussa alla porta



4

Mai accettare richieste strane come tirare fuori tutti i soldi o mettere i preziosi in frigorifero



5

Diffidare di chi dice di essere un addetto di acqua, luce o gas: i controlli delle utenze domiciliari sono sempre annunciati



IL PUNTO

**Raggiri a domicilio
I trucchi più fantasiosi
dei «professionisti»**

**La garanzia chiesta in denaro
per fare una finta donazione**



Un tizio convince la vittima ad accompagnarlo a un ente a cui destinare una donazione. Qui finge che la destinataria sia assente. L'uomo finge poi un impegno, e chiede a un complice e alla vittima di dare il denaro al suo posto. Per l'incarico dice però di aver bisogno di soldi in garanzia.

La vittoria alla lotteria e il vaglia con soldi da inviare



In questo caso la vittima prescelta dai truffatori riceve una lettera che annuncia la vincita di un premio a una lotteria. Per riceverlo però bisogna inviare dei soldi con un vaglia postale. La vittima effettua così il pagamento che finisce direttamente... in tasca ai truffatori.

L'inganno della cravatta «Anticipa i soldi per il suo vicino?»



La truffa della cravatta sembra andare per la maggiore da qualche tempo a Gavinana. Il malvivente suona alla porta della vittima e dice di dover consegnare una cravatta per il vicino in quel momento assente: «Può anticipare lei?»



Due carabinieri durante una campagna di sensibilizzazione

CASE POPOLARI

**«Inaccettabili
insinuazioni»**

L'assessore Gambaccini
replica ai sindacati:
«Assegnazioni? Pubbliche»

L'assessore al sociale
Gianna Gambaccini
risponde alle critiche
mosse nei giorni scorsi
dai sindacati inquilini
sulle procedure di
assegnazione delle case
popolari: «E' inaccettabile
è insinuare, come hanno
fatto alcuni sindacati
inquilini, che si sia
operato con poca
trasparenza. Ricordo a
chi dovrebbe esserne ben
cosciente, che le liste di
attesa e le assegnazioni
sono pubbliche e
facilmente consultabili,
così come i criteri
adottati per i bandi».
L'assessore prosegue:
«Sul loro mancato
coinvolgimento le
critiche sono strumentali:
grazie alla mia volontà è
stata nominata la
consulta di sindacati e
associazioni del Lode
pisano, che si è riunita
qualche settimana fa per
la prima volta dal 2013».



L'editoriale

Un argine al mercato della genetica su Internet

di Luigi Ripamonti

Molti anni fa su *Corriere Salute* fu pubblicato un articolo dal titolo: «Mi sono fatto il genoscopo» in cui si preconizzavano i rischi di un ricorso superficiale ai test genetici per prevedere il futuro della nostra salute. Si era ben lontani in termini di tempo dall'esplosione tecnologica e commerciale che oggi mette a disposizione di chiunque la possibilità di cercare informazioni sui propri rischi sanitari e sulla propria genealogia spedendo un po' di saliva a una delle Società che su Internet offrono questo tipo di servizi. Un mercato in costante crescita quello dei test genetici «Dtc» (Direct to consumer), cioè offerti da compagnie private singoli cittadini. Un mercato, però, che pone seri problemi. Al punto che il Royal College of General Practitioners ha intimato ai medici di famiglia britannici di non tenere conto dei risultati di test genetici e di test Dtc portati alla loro attenzione dai pazienti. I motivi sono diversi e li elenca un recente articolo sul *British Medical Journal*. I principali sono che questi test spesso danno falsi positivi (segnalano un rischio che in realtà non c'è), oppure falsi negativi (non segnalano un rischio che invece esiste). Ma ce ne sono altri, meno intuitivi. Uno, per esempio, è che i test possono indicare un aumento di rischio assoluto per una certa malattia, che quindi il paziente percepisce come rischio rispetto a un teorico rischio pari a zero, quando invece il rischio reale in questo caso dovrebbe essere calcolato rispetto al rischio medio della popolazione. Facciamo un esempio: se un test dice che nel mio codice genetico qualcosa indica che ho un rischio del 18% per una determinata patologia posso anche preoccuparmi. Se in-

vece sapessi che il rischio medio, quindi «per tutti», di incorrere in quella stessa patologia nella vita è del 15% mi spaventerei molto meno, non mi metterei in ansia e non mi sottoporrei a esami inutili. E questo è proprio uno dei punti sollevati nell'indicazione ai medici d'Oltremare. Tenere conto dei risultati dei test genetici Dtc comporta comunque un iter diagnostico successivo per verificare che questi e altri errori non si siano verificati. E ciò comporta costi e risorse di tempo per l'Nhs (il Servizio sanitario britannico) oltre che per i singoli interessati. L'invito per i cittadini, ne consegue, è quindi di limitarsi a test genetici predittivi solo dopo essersi consultati con un medico che provvederà a interpretarli o a farli interpretare da uno specialista, nei casi nei quali storia familiare o sintomi ne giustifichino l'uso. Potrebbe apparire come una posizione draconiana, ma è opportuna, tenendo conto anche di tendenze di segno opposto, come quelle che si stanno verificando in Francia. Oltralpe infatti è, in teoria, soggetto a multa chi voglia ottenere informazioni anche solo genealogiche con test Dtc, ma questa posizione sta incontrando crescenti opposizioni da entusiasti della genetica *prêt-à-porter*, che rivendicano il diritto a non avere limitazioni alla libertà di gestire il proprio Dna. Senza tener conto, fra l'altro, che far «circolare» il proprio profilo genetico significa anche fornire dati indirettamente, su quello dei propri familiari. Il che conferma quanto sia necessario che siano veicolate informazioni serie e responsabili su queste possibilità (si veda anche la recensione a pag. 29).

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Diabete

L'arrivo dei sensori
che monitorano
la glicemia senza
pungere il dito

di **Elena Meli**

Diabete

L'era del monitoraggio continuo della glicemia

I nuovi dispositivi
possono evitare
la necessità
di pungere il dito
più volte al giorno

**Occorre però definire
regole di accesso
ai macchinari basate
su appropriatezza
e costo-beneficio**

di **Elena Meli**

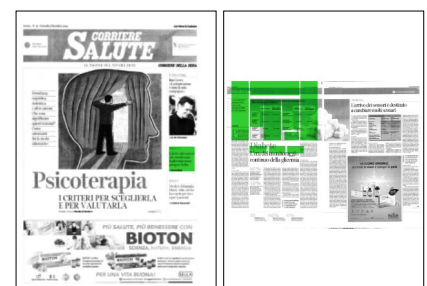
Pungersi il dito con una lancetta, appoggiare la goccia di sangue sulla striscia, leggere il risultato. Più o meno semplificati grazie alla tecnologia dei glucometri, i passaggi per il monitoraggio della glicemia in caso di diabete sono questi. Odiato dai pazienti, che ne farebbero volentieri a meno, il monitoraggio stretto (anche sei, otto volte al giorno in chi ha il diabete di tipo 1 è caldeggiato invece dai medici, perché è ormai assodato che più spesso si misurano gli zuccheri nel sangue, meglio si riescono a tenere sotto controllo. La quadratura del cerchio potrebbe essere l'uso di uno dei vari sensori per il monitoraggio continuo della glicemia: sono stati definiti «Una tecnologia che può cambiare il modo di gestire il diabete» dagli autori del primo documento che ha messo nero su

bianco come usarli e come interpretarne i valori, diffuso durante l'ultimo congresso dell'American Diabetes Association e approvato dalle Società dei diabetologi statunitensi ed europei.

Innovazione

Perché l'innovazione c'è stata, ma non è banale inserirla nella pratica clinica: anche per questo di recente la Società Italiana di Diabetologia ha redatto un documento di consenso per definire possibilità e limiti di queste tecnologie nel nostro Paese. Innanzitutto però un passo indietro, che cosa si intende con monitoraggio continuo della glicemia? «Si tratta di utilizzare sensori che si applicano sulla pelle con un adesivo e attraverso una micro-cannula dosano il glucosio nel liquido interstiziale del tessuto sottocutaneo (il liquido che si trova fra una cellula e l'altra, ndr)», spiega Francesco Purrello, presidente della Società Italiana di Diabetologia (SID). I sensori possono farlo

continuamente, 24 ore al giorno e sette giorni su sette, e i sistemi attualmente disponibili sono due, come specifica Purrello: «Esistono i sensori in tempo reale, che rilevano i valori in continuo e vanno tarati con misurazioni standard una o due volte al giorno; sono la premessa per l'arrivo del pancreas artificiale (perché una micro-pompa che inietti in automatico l'insulina necessaria momento per momento ha bisogno di sapere costantemente il livello di glicemia, ndr) ma tuttora quando la lettura porta a una variazione della dose di insulina viene richiesto un controllo ulteriore con il pungidito. Bisogna ri-



cordare, infatti, che nel liquido interstiziale il glucosio varia con un po' di ritardo rispetto al sangue. La taratura non serve invece nel caso dei sensori "flash" o intermittenti, che invece sono calibrati dal produttore e dosano la glicemia a richiesta: basta passare il cellulare o un lettore vicino al sensore per attivarlo e leggere il valore».

Con i sensori flash si punge il dito se per esempio la glicemia si modifica rapidamente o se viene indicata la possibilità di un'ipoglicemia.

«A differenza della misura classica infatti entrambi i tipi di sensore non danno solo una fotografia della glicemia in quel momento, ma indicano anche una tendenza in atto: a parità di lettura, sanno distinguere se gli zuccheri nel sangue entro breve aumenteranno o scenderanno», interviene Simona Frontoni, direttore dell'Unità di Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche all'ospedale Fatebenefratelli Isola Tiberina di Roma e coautrice del documento di consenso italiano. «Questo è molto utile per prendere decisioni immediate: se devo guidare e la glicemia è a 80, posso mettermi al volante in tranquillità quando la "freccia di tendenza" indica che il valore salirà ma devo invece mangiare qualcosa se va verso il basso, per evitare un'ipoglicemia».

I sensori migliorano la quotidianità dei malati sia per il compenso glicemico, sia per la comodità d'uso, ma non sono adatti a tutti: il documento SID specifica che vanno offerti a chi ha il diabete di tipo 1 e a chi ha il tipo 2 ma si cura anche con insulina più volte al giorno.

Serve poi educare bene i pazienti candidati a portarlo, perché devono sapere interpretare le informazioni per poi prendere i giusti provvedimenti. I benefici ci sono, come osserva Purrello: «Si riduce di circa il 40 per cento il rischio di ipoglicemia,

aumenta il tempo trascorso entro un intervallo di glicemia ottimale, i pazienti sono più soddisfatti. Nelle donne in gravidanza, per esempio, è dimostrato che migliora il controllo glicemico e diminuisce il pericolo di complicazioni per mamma e feto».

Complicanze

Il tempo passato con una glicemia nella norma o quasi è fondamentale per il benessere e per evitare complicanze, per questo è anche il parametro considerato dagli autori del documento internazionale sul monitoraggio in continuo della glicemia presentato al congresso dell'American Diabetes Association: «Finora per capire il livello di controllo del diabete e la probabilità di complicanze si è usata l'emoglobina glicata, che indica l'andamento della glicemia nell'arco degli ultimi due, tre mesi e per la quale sono definiti valori soglia noti oltre cui il rischio sale. Per il monitoraggio continuo, che consente una visione più precisa delle variazioni glicemiche giornaliere, non c'era finora un obiettivo ben chiaro», scrivono gli autori nel documento, pubblicato su Diabetes Care, che indica per tutte le tipologie di diabetici lo scopo di terapia (vedi grafica), più o meno stringente anche a seconda del rischio. Un diabetico di tipo 1, per esempio, dovrebbe trascorrere oltre il 70 per cento del tempo con valori di glicemia fra 70 e 180 mg/dl; in un paziente con diabete di tipo 2 o in chi è più anziano e fragile ci si può accontentare di non scendere al di sotto del 50 per cento del tempo passato in questo range, ma si è più 'severi' sui valori bassi ed è consentito stare al di sotto di 70 (rischiando così l'ipoglicemia) meno dell'1 per cento del tempo.

Razionalizzazione

Questi dati aiuteranno a guidare sempre meglio l'uso delle tecnologie basate sui sensori, che, stando a stime SID, crescono al ritmo del 10-15 per cento l'anno e hanno costi non irrisori. «Le risorse vanno razionalizzate e le nuove tecnologie inevitabilmente all'inizio sono più care, ma se diamo i sensori a chi davvero può trarne i maggiori benefici ci sono anche vantaggi economici», osserva Agostino Consoli, presidente eletto SID. «Un episodio di ipoglicemia può costare tremila euro, circa il prezzo di un anno di utilizzo di alcuni sensori. Che però evitano i rischi da ipoglicemia, possono ridurre il consumo di insulina, diminuiscono quello delle strisce reattive (un diabetico in trattamento insulinico intensivo può usarne anche fino a dieci al giorno, ndr)». Una valutazione attenta del rapporto costo-beneficio è perciò indispensabile: per il diabete si spendono circa 20 miliardi di euro ogni anno e per il 46 per cento sono costi diretti, dovuti per metà dei casi ai ricoveri, e per un quarto ai farmaci per curare le (tante) malattie che si associano spesso al diabete. Solo il 4 per cento è speso per i dispositivi, fra cui i sensori: a oggi vengono rimborsati dalle Regioni, ciascuna però con criteri di prescrivibilità e accesso diversi (in molte ne viene concesso un numero fisso e chi arriva quando sono stati già assegnati resta fuori). «Dovremmo arrivare a una definizione comune delle regole di accesso, tenendo conto di appropriatezza e rapporto costo-beneficio, garantendo un accesso facile e gratuito ai sensori a chi ne può trarre un vantaggio concreto. E solo a loro», conclude Agostino Consoli.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanto tempo si deve stare nei diversi intervalli di glicemia con il monitoraggio continuo del glucosio per scongiurare le complicanze

	Diabete 1 e diabete 2	Diabete 1 o diabete 2 nei pazienti anziani o fragili, ad alto rischio		Gravidanza in pazienti diabete 1	Gravidanza in pazienti diabete 2, diabete gestazionale
Tempo passato con glicemia superiore a 250 mg/dl	Meno del 5%	Meno del 10%	Tempo passato con glicemia superiore a 140 mg/dl	Meno del 25%	Meno del 5%
Tempo passato con glicemia superiore a 180 mg/dl	Meno del 25%	Meno del 50%	Tempo passato con glicemia ottimale (63-140 mg/dl)	Oltre il 70%	Oltre il 90%
Tempo passato con glicemia ottimale (70-180 mg/dl)	Oltre il 70%	Oltre il 50%	Tempo passato con glicemia inferiore a 63 mg/dl	Meno del 4% (di cui meno dell'1% con glicemia inferiore a 54 mg/dl)	Meno dell'1%
Tempo passato con glicemia inferiore a 70 mg/dl	Meno del 4% (di cui meno dell'1% con glicemia inferiore a 54 mg/dl)	Meno dell'1%			

Corriere della Sera

40%

la riduzione del rischio di ipoglicemia, grazie ai sensori. Aumenta inoltre il tempo trascorso entro un intervallo di glicemia ottimale e i pazienti sono più soddisfatti

10%

il ritmo di crescita annuale dei nuovi dispositivi di misurazione, secondo stime della Società italiana di diabetologia. Queste tecnologie, tra l'altro, hanno costi non irrisori

20

miliardi di euro l'anno la stima della spesa per il diabete nel nostro Paese

46%

dei costi per il diabete sono diretti, dovuti per metà dei casi ai ricoveri, e per 1/4 ai farmaci

4%

la quota di investimenti per i dispositivi, fra cui i sensori (rimborsati dalle Regioni)

L'arrivo dei sensori è destinato a cambiare molti scenari

La relazione di cura con il medico però non si perderà anzi secondo gli esperti potrà migliorare

Il futuro del diabete è digitale anche grazie ai sensori che raccolgono montagne di dati dei pazienti.

Preziosissimi, perché possono aiutare a gestire meglio la malattia, aumentando il tempo passato con la glicemia nel range di normalità e riducendo le complicanze.

A patto però di saperli gestire, come hanno sottolineato di recente i diabetologi durante il convegno Digitalizzazione e Diabete a Napoli.

I numeri

Da un lato infatti quindici milioni di italiani, medici e pazienti, usano web e computer per coordinare le prenotazioni, raccogliere dati anagrafici o stilare piani terapeutici, dall'altro, però, la spesa per la sanità digitale dell'Italia risulta essere fanalino di coda europeo con 22 euro pro capite, mentre, per esempio, nel Regno Unito si sale a 60 e in Francia a 40.

Banco di prova

«Il diabete può essere un banco

di prova per la sanità digitale perché esistono già tanti strumenti tecnologici di gestione del paziente, non soltanto i sensori ma anche i piani terapeutici informatizzati o le cartelle cliniche digitali», osserva Mariano Agrusta coordinatore del gruppo di studio Psicologia e Diabete dell'Associazione Nazionale Medici Diabetologi.

Digitalizzazione peraltro non significa perdere il rapporto con il medico, come spiega l'endocrinologo dell'università di Torino Fabio Broglio: «Anzi, può migliorarlo: lo abbiamo visto in donne con il diabete gestazionale che grazie al monitoraggio dei parametri a distanza si sono sentite più sicure, nonostante la riduzione delle visite. Sapevano che l'allerta ai medici sarebbe stato immediato in caso di problemi e ai controlli c'era più tempo da dedicare ai loro reali bisogni. Con una gestione digitale inoltre il medico può anche avere un quadro clinico chiaro in qualsiasi momento, con una cartella clinica digitale si può ridurre la prescrizione di esami o di farmaci «doppioni» da altri specialisti, risparmiando così sia soldi sia eventi avversi causati da terapie che «cozzano». L'essenziale però è far sì che tutti i dati arrivino sulle piattaforme di ge-

stione clinica senza un intervento diretto del paziente così da coinvolgere anche i più anziani, meno avvezzi ad app e simili», conclude Broglio.

Sostituzione

I sensori vanno sostituiti ogni 7, 10, 14 giorni al massimo.

Esiste però un sensore impiantabile che dura sei mesi, misurando la glicemia in continuo: viene inserito sotto la pelle del braccio con una procedura ambulatoriale, poi per ricevere i dati si applica alla cute un trasmettitore che invia i dati al cellulare e vibra fino a trenta minuti prima in caso di allarme ipo o iperglicemia, così da avvisare anche se non si ha il telefono a portata di mano.

Come spiega Paolo Di Bartolo, presidente eletto dell'Associazione Medici Diabetologi, «Oggi abbiamo a disposizione sistemi con caratteristiche diverse per personalizzare il monitoraggio continuo sulla base delle esigenze del singolo paziente. L'impiantabile, in cui la parte visibile può essere rimossa facilmente e senza conseguenze per il sensore, è utile per chi ha bisogno della massima flessibilità ed è compatibile con qualsiasi attività, per esempio lo sport o il mare».

E.M.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Le caratteristiche dei sensori

Caratteristica	Sensore per il monitoraggio real time	Sensore per il monitoraggio flash
Calibrazione	Sì, è necessaria	Calibrato dal produttore
Durata del sensore	Da 6 giorni a 6 mesi	10-14 giorni
Aggiornamento dei dati	Automatico ogni 5 minuti	Alla scansione del sensore con il lettore o una app per cellulare
Accesso ai valori glicemici	Premendo un pulsante	Tramite scansione
Sede raccomandata	Addome per il transcutaneo, braccio per l'impiantabile	Regione posteriore del braccio
Allarmi per ipoglicemie	Sì	No
Possibilità di connessione a micro pompa per infusione di insulina	Sì	No

Fonte: Bruttomesso et al 2019, Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases

CdS

Mario, la Sorbona e il robot aiuto-chirurgo

**A Parigi un giovane siciliano progetta macchine
che facilitano gli interventi in endoscopia**

Laureato in Italia
sta concludendo un
dottorato di ricerca
all'Istituto di sistemi
intelligenti - Cnrs

Tornare in patria
per ora non è
possibile. In Francia
ha coronato il suo
sogno professionale

di **Ruggiero Corcella**

Parigi, Quartiere Latino. A vederlo così da lontano, l'Istituto di sistemi intelligenti e robotica (Isir) sembra un enorme lingotto di cristallo adagiato fra gli edifici dell'impressionante campus universitario «Pierre et Marie Curie» della Sorbona. Nato dalla collaborazione con il Centro nazionale per la ricerca scientifica francese, l'istituto è un tripudio di innovazione tecnologica e giovani cervelli.

I «ragazzi» del professor Guillaume Morel, il direttore, arrivano da ogni parte d'Europa e del mondo. Studiano le interazioni tra uomo e macchina, sviluppano ogni sorta di dispositivo, creano start up con le imprese.

In un grande laboratorio attrezzato, la professoressa Marie-Aude Vitrani sta portando avanti l'implementazione di dispositivi robotici assistivi per procedure terapeutiche. Su un tavolo coperto da un telo azzurro due bracci meccanici reggono le tipiche sonde da laparoscopia, inserite in un parallelepipedo che simula un addome.

I loro movimenti sono filmati da una telecamera inserita in uno dei bracci e trasmessi su uno schermo.

«Prego ora Mario di spiegarci questo progetto», dice Vitrani. Davanti al tavolo un ragazzo in jeans e t-shirt comincia a parlare in inglese.

Quel «Mario», dovrebbe insospettire. «Il progetto è nato sei anni fa e si chiama "Surgical Cockpit" per richiamare l'idea di una piattaforma chirurgica che trae ispirazione dalle interfacce di controllo installate nelle cabine degli aeroplani. La parola-chiave è co-manipolazione: servirsi di robot di piccola/media taglia come strumenti che forniscono assistenza al chirurgo durante l'intervento, senza che la loro presenza cambi in alcun modo i processi chirurgici tradizionali», dice.

La novità del progetto in buona sostanza è di aiutare chi opera, attraverso una «navigazione chirurgica» cioè potendo misurare, visualizzare e seguire in tempo reale la posizione degli strumenti chirurgici rispetto ad un organo o tessuto interno.

La telecamera inserita in uno dei bracci elimina la necessità della presenza di un altro operatore per manovrarla, come invece accade oggi. Inoltre i bracci riducono il carico sia cognitivo sia fisico del chirurgo. «La co-manipolazione è un concetto nato e sviluppato all'Isir. L'idea non è di avere un robot autonomo, ma che risponda in maniera

ottimale e si adatti al chirurgo e non viceversa», prosegue. Piccola prova pratica, fine della presentazione. Mario si avvicina e svela il mistero: «al secolo» è Mario Aricò, ingegnere biomedico di 29 anni da Gualtieri Sicaminò, un paesino di circa duemila anime in provincia di Messina. Papà maresciallo dell'Esercito, mamma parrucchiera e ora casalinga, una sorella più piccola e una fidanzata di 24 anni. Nancy, sua compaesana, sta terminando gli studi in Economia e commercio a Milano e ha già un contratto di lavoro a Parigi in una start-up biomedicale che sviluppa soluzioni per la cura di tumori cerebrali.

Dopo gli studi scientifici, Mario invece si è laureato al Politecnico di Milano. Durante una breve - deludente - esperienza lavorativa ha cominciato a maturare l'idea di ritornare nel mondo della ricerca (il primo amore) con un dottorato.

«Senza avere molte speranze, mando qualche curriculum — rac-



conta — Dopo un po' ricevo la risposta di un prof dell'università di Strasburgo, che mi propone una tesi di dottorato a Parigi. Faccio i colloqui e vengo selezionato. La decisione diventa complessa: continuare un lavoro che non amavo ma ben pagato, oppure tornare a ciò che amavo ma guadagnare meno? In quell'occasione non ho avuto dubbi e il giorno dopo mi sono licenziato. Sono arrivato a Parigi il 5 Febbraio 2017 e, sino ad oggi, penso sia una delle scelte migliori che abbia fatto».

A giugno scorso è stata creata una start up, «MastOR», che dovrebbe trasferire la tecnologia dal laboratorio alle sale operatorie. «In questa prima fase, stiamo cercando di capire e studiare i bisogni dei chirurghi durante gli interventi e se le soluzioni sviluppate sinora rispondano a problemi concreti oppure debbano essere rielaborate».

Mario dovrebbe conseguire il dottorato entro febbraio/marzo del 2020. E lavorare poi nella start up, per la gestione degli aspetti tecnici e di sviluppo del prodotto.

Tornare in Italia? «Con la mia ragazza non è che non ci pensiamo, ma al momento non c'è storia. Qui in Francia ho trovato ed ho capito cosa volevo fare veramente nella vita. Soprattutto ho avuto la fortuna -alle volte la fortuna è necessaria - di conoscere persone che mi hanno mostrato un lato del mondo lavorativo che ignoravo».

In Francia, Mario ha anche scoperto nuovi sapori, differenti dalla cucina italiana e da quella siciliana. Ma non toccategli il limoncello e l'olio fatti in casa da suo padre. Per quelli, resterà sempre e solo Mario. Senza l'accento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Mario Aricò, classe 1990, ingegnere biomedico, mentre manovra il dispositivo progettato per il dottorato di ricerca in Chirurgia robotica all'Istituto di sistemi intelligenti e robotica (ISIR) CNRS / Università della Sorbona

GRANDI ATTESE DALLE CAR-T MA È NECESSARIO REALISMO

La nuova terapia con cellule
modificate geneticamente
per i tumori del sangue offre
prospettive inedite.
Dev'essere però chiaro che può
essere utilizzata solo attenendosi
a criteri molto rigorosi



di **Paolo Corradini***

Con oltre 33 mila nuovi casi diagnosticati ogni anno i tumori del sangue si collocano al quinto posto nella classifica dei più frequenti nel nostro Paese, ma i progressi fatti negli ultimi dieci anni dalla ricerca in ematologia sono stati importanti, tanto che oggi circa il 40 per cento dei pazienti può aspirare alla guarigione e, in molti altri casi, si può convivere bene per anni con la malattia.

L'ultima grande «rivoluzione» terapeutica è stata la «CAR-T therapy», che permette di curare, e forse persino guarire, adulti e bambini con certi tipi di tumore del sangue che non lasciavano scampo fino al 2015.

Non è un caso, dunque, se ancora la CAR-T sarà al centro della sessione principale del congresso dell'American Society of Hematology (ASH) che si apre il 7 dicembre a Orlando, in Florida.

La CAR-T therapy utilizza particolari globuli bianchi, i linfociti T, «potenziati» per attivare il sistema immunitario contro le cellule tumorali: i linfociti T del paziente vengono prelevati e poi modificati geneticamente in laboratorio per renderli capaci, una volta re-infusi nel circolo sanguigno, di riconoscere le cellule tumorali ed eliminarle attivando la risposta immunitaria.

Le novità che verranno presentate indicano come migliorare l'utilizzo delle CAR-T, in associazione a farmaci o prima del trapianto o quando il paziente ha una ricaduta, e verranno mostrati i dati della loro efficacia in tipi di tumori diversi da quelli che curiamo già oggi.

Sono due le CAR-T oggi approvate e rimborsate in Italia, per chi non ha risposto o ha avuto ricadute dopo aver ricevuto le cure standard: axicabtagene ciloleucel per adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B e con linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B; tisagenlecleucel per la leuce-



mia linfoblastica acuta a cellule B nei pazienti pediatrici e fino ai 25 anni di età e per il linfoma diffuso a grandi cellule B negli adulti.

I dati consolidati a medio-lungo termine fanno ben sperare: circa il 50 per cento dei pazienti leucemici e il 35 per cento di quelli con linfoma

hanno un controllo duraturo della malattia che potrebbe corrispondere a guarigione.

Attendiamo di vedere ad Ash gli esiti delle sperimentazioni in chi soffre di neoplasie per cui oggi ci servono nuove strategie: linfoma mantellare, leucemia linfatica cronica e mieloma. Inoltre vedremo i risultati ottenuti con un nuovo anticorpo, che riesce a riattivare le CAR-T dopo che sono state infuse e non hanno funzionato come sperato, oppure se il paziente ha avuto una recidiva di malattia.

Due cose sono però fondamentali. Primo, dev'essere chiaro che ad oggi si tratta di una strategia destinata a pazienti selezionati. Secondo, va applicata in centri selezionati e in base ai criteri stabiliti da Aifa (Agenzia italiana del farmaco) a oggi sono qualificati tre ospedali a Milano (San Raffaele, Humanitas e Istituto Nazionale Tumori), Papa Giovanni XXIII a Bergamo, la pediatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza, Policlinico Gemelli a Roma e Sant'Orsola a Bologna. È poi in corso la qualificazione per altri centri in Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana.

**Presidente della Società Italiana di Ematologia e direttore del Dipartimento di Oncologia e onco-ematologia dell'Università degli Studi di Milano*

Il punto

I TENTATIVI
A VUOTO
SUI FARMACI
PER L'ALZHEIMERdi **Carlo Vergani**

Ha fatto scalpore qualche mese fa che la notizia che la seconda delle maggiori compagnie farmaceutiche al mondo, ha rinunciato allo studio di farmaci per la cura della demenza di Alzheimer dopo avere investito notevoli capitali senza trarre alcun riscontro positivo. In Italia ci sono 600 mila pazienti con Alzheimer e il loro numero è destinato a raddoppiare entro il 2050 quando ci saranno sei milioni di anziani in più degli attuali. Poco si sa sulla genesi della malattia caratterizzata dal deposito nel cervello di una proteina, la *beta amiloide*. Gran parte della ricerca si è focalizzata sull'inibizione di un enzima che causa la formazione dei precursori della beta amiloide ma la sperimentazione clinica non ha fornito risultati soddisfacenti. In alcuni animali l'uso di anticorpi diretti contro i precursori ne facilita la rimozione. I ricercatori si domandano se l'amiloide sia l'epifenomeno, cioè una forma di accompagnamento, e non la causa della malattia. È la storia dell'ubriaco che di notte cerca sotto la luce di un lampione la

chiave persa altrove. La demenza di Alzheimer è una malattia complessa, cioè multifattoriale, come lo sono gran parte delle malattie croniche di cui l'anziano è portatore. Nel cervello del paziente oltre alla proteina amiloide sono presenti altri due marker della malattia: la *proteina tau*, che crea grovigli all'interno dei neuroni causandone la morte, e i fenomeni infiammatori. L'età avanzata è il principale fattore di rischio della demenza ma un ruolo importante viene attribuito ai cosiddetti fattori di rischio prossimali, quelli che riguardano le abitudini di vita e l'ambiente in cui la persona nasce, cresce, vive e lavora. Secondo il rapporto della Commissione della rivista The Lancet sulla prevenzione, l'intervento e la cura della demenza è possibile prevenire un terzo di tutti i casi della malattia eliminando la bassa scolarizzazione, l'ipertensione arteriosa, l'obesità, il fumo di sigaretta, la depressione, l'inattività fisica, l'isolamento sociale. La prevenzione incomincia in fase preclinica, asintomatica, dieci-venti anni prima che si manifesti la malattia.



Esoscheletri che aiutano i pazienti neurologici a recuperare i movimenti

La terapia riabilitativa robotica è ormai diffusa
Si usa per ictus, Parkinson e sclerosi multipla
ma anche in lesioni midollari e traumi cranici



Da sapere

In Italia

Sono circa 20 anni che la robotica è impiegata a fini di recupero. I primi dispositivi arrivati dagli Stati Uniti servivano per il trattamento degli arti superiori. Poi sono seguiti quelli per il training del cammino

Il convegno

«Riabilitazione, una sfida futura della Robotica» si terrà lunedì 9 dicembre a Roma (via di Val Cannuta 247, ore 9). È organizzato da IRCCS San Raffaele Pisana e Università San Raffaele

di **Ruggiero Corcella**

Avete mai visto robot che aiutano i pazienti nella riabilitazione? Ebbene ormai non sono più appannaggio dei film di fantascienza, ma una realtà consolidata della medicina.

«La riabilitazione robotica si è affermata un po' dappertutto nel mondo, compreso in Oriente, soprattutto in Cina, dove negli ultimi 5-6 anni hanno fatto passi in avanti molto importanti, sia nella produzione di tecnologie sia nel loro utilizzo», sottolinea il professor Marco Franceschini, responsabile Ricerca Riabilitazione Robotica dell'IRCCS San Raffaele Pisana di Roma.

Proprio nella Capitale, il 9 dicembre prossimo, i maggiori esperti del mondo (tra cui gli italiani) si riuniranno in occasione del convegno «Riabilitazione, una sfida futura della robotica».

«In Italia, sono circa 20 anni che la robotica è impiegata in riabilitazione, prevalentemente in patologie neurologiche (come ictus, morbo di Parkinson e sclerosi multipla), per lesioni midollari e traumi cranici. I primi robot arrivati dagli

Stati Uniti servivano per il trattamento degli arti superiori. Successivamente nelle strutture cliniche del Paese sono stati introdotti dispositivi che consentissero di eseguire un training del cammino sicuro e intensivo» spiega Michela Goffredo, ingegnere biomedico, ricercatrice dell'IRCCS San Raffaele di Roma che al convegno affronterà il tema dei «Robot end-effector e esoscheletri nella riabilitazione neurologica».

Di che cosa si tratta?

«Una tipica classificazione divide i robot a seconda del grado di interazione tra uomo e macchina. Negli «end-effector» l'interazione avviene a livello del segmento distale (dita, mano, piede); negli esoscheletri l'interazione avviene a vari livelli in corrispondenza dei diversi segmenti corporei. In particolare, gli esoscheletri «overground» sono robot autoportanti che interagiscono con la persona a tutti i livelli di articolazione degli arti inferiori consentendo al paziente di eseguire il «task» (cioè il compito, ndr) motorio del cammino direttamente sul terreno in sicurezza durante l'intera fase del passo».

Come si usano?

«Ogni patologia, e ogni fase della malattia è caratterizzata da deficit motori differenti. La scelta di un training robotico del cammino con dispositivi end-effector o esoscheletri deve essere ben ponderata. I primi lasciano al paziente un maggior grado di libertà nelle articolazioni di ginocchio e anca, mentre i secondi sono più protettivi. Tipicamente, quindi, si impiegano esoscheletri nella fase più acuta della patologia, ed end-effector in una fase successiva. La letteratura scientifica, però, non ha ancora trovato una risposta univoca in tal senso e noi ricercatori stiamo lavorando proprio all'idea di personalizzare la riabilitazione robotica in modo che l'effetto sia ottimizzato per lo specifico paziente».

Le caratteristiche principali?

«I robot per riabilitazione sono



caratterizzati da sensori che rilevano il movimento (o l'intenzione di movimento) del paziente, elaborano tali dati in tempo reale e controllano degli attuatori che muovono le varie componenti del robot. Le prime sedute del trattamento sono necessarie per far prendere confidenza al paziente su come interagire con il dispositivo».

Quali sono finora i risultati?

«L'utilizzo delle nuove tecnologie in riabilitazione consente di condurre esercizi intensivi, ripetitivi, e stimolanti: tali caratteristiche sono state riconosciute a livello internazionale come elementi chiave per un ri-apprendimento delle funzioni perse a causa di un evento acuto. La neuroriabilitazione robotica tuttavia presenta ancora molte linee di ricerca che hanno bisogno di risposte chiare ed esaustive».

Il robot sostituirà l'uomo?

«Assolutamente no. La terapia robotica ha bisogno del fisioterapista. Naturalmente la figura del riabilitatore umano che utilizza la robotica è una figura innovativa in cui deve essere presente l'entusiasmo nell'imparare ad utilizzare un robot e la voglia di essere specializzato e aggiornato sulle nuove tecnologie del settore».

Arriva il farmaco anti diabete che si prende una volta a settimana

La somministrazione avviene a prescindere dall'ora dei pasti "Mima l'effetto di un ormone che in genere è presente nel nostro organismo"

di Elena Dusi

In Italia 3,5 milioni di persone hanno il diabete e ben 6 su 10 non riescono a rispettare la terapia. Un aiuto può arrivare da una nuova iniezione settimanale con il farmaco semaglutide. «Mima l'effetto di un ormone che è normalmente nel nostro corpo» spiega Andrea Giaccari, diabetologo al Policlinico Gemelli di Roma. «Non è la prima iniezione settimanale. In Italia ce ne sono altre due da quattro-cinque anni. Ma il nuovo farmaco è più efficace». La semaglutide è appena stato presentato a Milano dalla casa produttrice Novo Nordisk. «Si tratta in realtà di una classe di farmaci. Sono efficaci nell'abbassare la glicemia, perdere peso e ridurre il rischio di malattie cardiovas-

scolari. Rispetto all'ormone presente nel nostro organismo, queste molecole vengono continuamente affinate dalla ricerca. Sono state scoperte diversi anni fa. È probabile che presto ne avremo alcune da prendere solo per il sistema cardiovascolare, anche in assenza di diabete» prosegue Giaccari.

La somministrazione avviene una volta alla settimana, a prescindere dall'ora dei pasti, con una normale iniezione che si può fare da soli a casa. Proprio in questi giorni negli Stati Uniti è stato approvato un semaglutide da prendere per via orale. «Arriverà anche da noi, ma va assunto tutti i giorni» precisa Giaccari. «Essendo un ormone di tipo proteico, tende a essere distrutto nello stomaco. La somministrazione va ripetuta quotidianamente».

Il diabete, in Italia come nel mondo, è un problema in aumento. Si stima che nel 2050 le persone colpite saliranno da 3,5 a 5 milioni: il 9% della popolazione. Accorgersene per tempo non è facile. Monitorare la glicemia e prendere i farmaci con regolarità sono i punti deboli della cura. DiaDay, iniziativa di Federfarma, ha osservato che fra i pazienti poco diligenti, il 38% segue la terapia in modo discontinuo, mentre il 25% non la segue affatto.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



«Sepsi, diagnosi precoce con il microchip per tutelare i pazienti»

Il sistema di Aferetica, in partnership con la start up 'abionic', sarà presentato oggi e domani al congresso di Area critica

TECNOLOGIA RIVOLUZIONARIA

L'analisi viene fatta velocemente: basta una sola goccia di sangue per identificare i rischi

Nella lotta contro la sepsi – risposta infiammatoria eccessiva dell'organismo a un'infezione – spunta una buona notizia. Aferetica – Pmi innovativa bolognese – sigla una partnership esclusiva di ricerca con abionic, start up innovativa elvetica, per la diagnosi precoce della sepsi, prima causa di morte ospedaliera nel mondo. La partnership è un'anteprima mondiale e viene presentata al primo congresso nazionale di Area critica, in programma oggi e domani al Palazzo della cultura e dei congressi, dove sono attesi 600 esperti provenienti dall'Italia e dall'estero. Il congresso nasce su iniziativa del professor Vito Marco Ranieri, direttore dell'Anestesia e terapia intensiva polivalente del Sant'Orsola, e dei professori Stefano Nava (Pneumologia del Sant'Orsola) e Giuliano Bertazzoni (Medicina d'Urgenza del Policlinico Umberto I di Roma) per diventare un appuntamento annuale in città: al centro c'è una nuova visione multidisciplinare e integrata del paziente 'critico'.

Aferetica, Pmi innovativa di San Giovanni in Persiceto, fondata nel 2014 a Mirandola dai bolognesi Mauro Atti, Stefano Rimondi (past President Assobio-medica) e da William Pulga – ha quindi siglato una partnership esclusiva e internazionale di ricerca con abionic per un sistema diagnostico avanzato della sepsi, in tempo reale, al letto del paziente. La sepsi è la prima causa di morte ospedaliera e causa 9 milioni di morti all'anno nel mondo, su 26 milioni di casi diagnosticati. In Italia i decessi

per infezioni sono circa 50mila all'anno.

Attualmente, la diagnosi richiede ore di lavoro in laboratorio, con grandi apparecchiature. Il nuovo sistema diagnostico integra la proposta clinica, già messa a punto da Aferetica da alcuni anni, con proposte terapeutiche salva-vita avanzate e innovative. L'area 'critica' è un ambito dove 'salvare tempo' significa 'salvare vite'. «Come riconosciuto anche dall'Oms, la diagnosi precoce della sepsi è una delle più importanti sfide per i clinici, non esiste infatti un singolo segnale o un unico preciso sintomo per riconoscerla – precisa Mauro Atti, amministratore delegato di Aferetica – . Il sistema che viene presentato al congresso prevede una tecnologia rivoluzionaria. Applicando nanotecnologie avanzate, una sorta di microchip, è in grado di effettuare una diagnosi efficace, in circa cinque minuti, al letto del paziente». Il sistema diagnostico funziona con una singola goccia di sangue: l'analisi identifica precocemente i pazienti a rischio di sviluppare una disfunzione d'organo correlata all'infezione, patologia potenzialmente letale.

Il professor Ranieri sottolinea l'obiettivo del congresso: «Portare in Italia la visione e il modello europei di 'Area Critica'. Parliamo di una visione multidisciplinare e integrata di 'gestione del paziente' in terapia intensiva, che porta al dialogo e al confronto di tutte le discipline e di tutti gli esperti coinvolti nel percorso del paziente. La considero una responsabilità condivisa e una sfida indifferibile, inedita in Italia. Vincerla può comportare un contenimento di costi umani, sociali e ospedalieri in settori, come terapia intensiva e medicina di urgenza, in cui salvare vite è la missione prioritaria».



La scoperta del biologo Giuseppe Testa sull'evoluzione del volto

"Così ci siamo auto-addomesticati, differenziandoci dai Neanderthal"

Svelato il gene che ci ha regalato un look gentile

LA STORIA

GIANNA MILANO

Che cosa ha determinato il «look» dell'uomo moderno, così diverso da quello dei nostri antenati arcaici, come i Neanderthal? Come si è passati dalla faccia prognata, dalle arcate sovraccigliari sporgenti e dal mento sfuggente, agli attuali tratti molto più gentili?

Una risposta arriva dai biologi molecolari. In un articolo su «Science Advances», per la prima volta, si valida in maniera sperimentale il ruolo di un gene, il Baz1B. «Ricostruendo in vitro la cosiddetta cresta neurale, che durante la formazione dell'embrione va a formare la faccia, abbiamo scoperto che uno dei geni, il Baz1B, alla base di due malattie genetiche, tra cui la sindrome di Williams-Beuren, è l'architetto del volto moderno: regola, come un direttore d'orchestra, l'attività di decine e decine di geni responsabili proprio della fisionomia, oltre che dei comportamenti sociali», spiega Giuseppe Testa, direttore del Laboratorio di Epigenetica delle cellule staminali all'Ieo e professore di biologia molecolare all'Università di Milano: con il gruppo dell'Università di Barcellona guidato da Cedric Boeckx, ha evidenziato le prove genetiche di questo processo evolutivo.

Il Baz1B, un gene davvero speciale, ha anche un ruolo fondamentale nell'auto-addomesticazione che ha fatto sì che gli uomini, man mano, selezionassero simili più dotati di spirito di cooperazione e meno aggressivi. Già

Charles Darwin, d'altra parte, aveva ipotizzato che l'evoluzione dell'uomo moderno avesse seguito un processo simile all'addomesticazione di alcune specie animali, che sono diventate dipendenti dall'uomo, modificando nel tempo comportamenti e fisiologia. Basti pensare al cane e al suo predecessore, il lupo. «Mancava una prova sperimentale - dice Testa -. Ora l'abbiamo».

L'ipotesi ora convalidata è che l'addomesticazione alteri i geni delle cellule della cresta neurale, un'alterazione che non esiste nei nostri antenati: queste cellule, nelle prime fasi dello sviluppo, sovrintendono alla formazione delle ossa e delle cartilagini del volto e a quella delle ghiandole surrenali che regolano la risposta allo stress. E' interessante notare come le persone con la sindrome di Williams-Beuren, a cui mancano una ventina di geni sul cromosoma 7 e tra cui c'è il Baz1B, sono impulsivamente affettuose, prive dell'ansia tipica di chi ha difficoltà a socializzare e con caratteristiche facciali particolari, come naso a patata, labbra carnose e mento sfuggente.

«Non disponendo dei dati di espressione genica degli ominidi, abbiamo confrontato le variazioni genetiche di uomini moderni e arcaici tramite le reti di regolazione dei geni presenti in malattie genetiche in cui c'è un deficit della cresta neurale», spiega Alessandro Vitriolo, biologo statistico all'Ieo. Risultato: un grande passo avanti nella ricerca sull'evoluzione umana e un nuovo campo di studio sulle malattie del Dna. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



123RF



Lupo e cane: l'addomesticazione ha cambiato aspetto e comportamenti



123RF



123RF

La ricostruzione di un Neanderthal e un Sapiens moderno: le differenze nei loro volti sono evidenti



RASSEGNA STAMPA DEL 05/12/2019

Gentile cliente, in data odierna non è stato possibile monitorare nei tempi le seguenti testate poiché non disponibili:

PUGLIA: Mattino Puglia e Basilicata

TOSCANA: Tirreno e relativi dorsi locali

VENETO: Nuova Venezia

Appena possibile riceverete gli articoli di vostro interesse.