

Rassegna del 20/01/2020

AOUP

19/01/20	ILTIRRENO.GELOCAL.I T	1 Dodici posti per il servizio civile retribuito al Pronto soccorso di Pisa - Il Tirreno Pisa	...	1
20/01/20	Nazione Lucca	1 Si ustiona mentre accende il fuoco: è grave	...	3
20/01/20	Nazione Pisa-Pontedera	5 La pagina dei lettori	...	4
20/01/20	Tirreno Lucca	4 Ustioni a volto e capelli Donna a Cisanello	...	5

SANITA' PISA E PROVINCIA

20/01/20	Nazione Pisa-Pontedera	5 La pagina dei lettori - Ringraziamento dopo il ricovero	...	6
----------	------------------------	---	-----	---

SANITA' REGIONALE

20/01/20	L'Economia del Corriere Fiorentino	2 Sanità privata, più richiesta con meno spazi - Il paradosso toscano della sanità privata più richiesta, meno spazi	Bonciani Mauro	7
20/01/20	L'Economia del Corriere Fiorentino	3 «Serve il doppio dei posti letto, e noi investiamo»	Ognibene Silvia	10
20/01/20	Nazione Viareggio	5 Eccezionale intervento all'Ospedale Versilia	...	12
20/01/20	Nazione Viareggio	5 «Laboratorio analisi al collasso: la dirigenza non sostituisce gli addetti in malattia»	...	13
20/01/20	Nazione Viareggio	5 Arrivano su YouTube le trasmissioni tv dedicate all'importanza delle vaccinazioni	...	14
20/01/20	Nazione Viareggio	5 Arrivano su YouTube le trasmissioni tv dedicate all'importanza delle vaccinazioni	...	15
20/01/20	Nazione Empoli	7 Pet relax, così i cani aiutano i bimbi	...	16
20/01/20	Nazione Grosseto- Livorno	6 «Ospedale, subito i finanziamenti La situazione è grave»	...	17
20/01/20	Tirreno Piombino-Elba	2 Ospedale in sofferenza «A quando i milioni promessi per l'ospedale?»	...	18
20/01/20	Tirreno Piombino-Elba	5 Bonus di 400 euro per i medici che arrivano da fuori Elba - Confermato il bonus da 400 euro per i medici che vengono da fuori	Lu.Ce.	19
20/01/20	Tirreno Viareggio	2 Salvato dal chirurgo dopo lo schianto frontale fra due macchine - Intervento salva-vita al Versilia dopo lo scontro frontale tra auto	Tuccini Matteo	21

SANITA' NAZIONALE

20/01/20	Corriere della Sera	17 Il cuore e la mente, torna a Milano il Tempo della Salute	Ripamonti Luigi	23
20/01/20	Corriere della Sera	19 Intervista a Luigi Rainero Fassati - Luigi Rainero Fassati Pioniere della chirurgia epatica con 692 interventi «Gli alcolici prima causa di morte dai 16 ai 22 anni, seconda dai 22 ai 30»	Lorenzetto Stefano	24
20/01/20	Corriere della Sera	20 Il nuovo virus in Cina Quali rischi corre l'Italia?	De Bac Margherita	27
20/01/20	Giornale	8 Tasse, rimborsi a rischio - Ecco come sfuggire alla stretta del governo sulle detrazioni Irpef	De Francesco Gian_Maria	29
20/01/20	Il Fatto Quotidiano	21 Social point: la psiche si cura con gli altri	Daina Chiara	31
20/01/20	Libero Quotidiano	1 Ogni anno 8mila italiani ricoverati perché pazzi - Ottomila all'anno: l'Italia degli squilibrati da Tso	Sanvito Massimo	32
20/01/20	Messaggero	13 Manca la legge sul fine vita ma negli ospedali è realtà	Guasco Claudia	34
20/01/20	Messaggero	13 Intervista ad Anna Bianchi - La moglie di Anastasi «I medici ci hanno guidato alla sedizione» - «Pietro ha ascoltato i medici e deciso di non svegliarsi più»	C.Gu.	35
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	1 L'Editoriale - Intollerabile	Napoletano Roberto	37
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	2 Sanità al Sud, eccellenze ma pochi soldi - I soldi vanno tutti al Nord In fuga specialisti e pazienti	Rizzica Angela	38
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	2 Intervista a Andrea lavorato - «La mente da sola non basta se non puoi avere le strutture»	De Rose Gilda Francesca	40
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	3 Sud penalizzato dall'assenza di Policlinici e centri specializzati	Stancati Maria_Letizia	41
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	3 L'Affondo - I politici non pensano ai malati - Regionali, sanità dimenticata dalla campagna elettorale Eppure è gran parte del bilancio	Giordano Mario	42
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	4 Tante eccellenze in cattività - In queste condizioni restare al Sud è diventata una missione impossibile	Sernia Fabrizia	43
20/01/20	Quotidiano del Sud L'Altravoce dell'Italia	5 Servono nuove regole per cambiare - Servono nuove regole per incoraggiare le aziende virtuose	Cazzola Giuliano	45
20/01/20	Stampa	2 Medici in corsia a 70 anni, sindacati contro "Piuttosto il governo sblocchi i concorsi"	Longo Grazia	47

CRONACA LOCALE

20/01/20	Nazione Pisa-Pontedera	1 Il caso «Riaprire subito l'edicola della legalità»	...	48
20/01/20	Nazione Pisa-Pontedera	2 «Tempi rapidi per lo stadio» - Nuovo stadio, da oggi inizia la fase decisiva	...	49

20/01/20	Tirreno Pisa-Pontedera	3 Nuova Arena, volata finale voto decisivo tra un mese - "Nuova Arena", conto alla rovescia Tra un mese la votazione decisiva	<i>Loi Francesco</i>	51
RICERCA				
20/01/20	Il Fatto Quotidiano	22 Dio è un algoritmo: ecco a voi la prima macchina vivente, con cellule di rana	<i>Buttafuoco Pietrangelo</i>	53
20/01/20	Repubblica Torino	5 "Ricerca al Parco della Salute: 90 milioni da usare subito"	<i>Strippoli Sara</i>	54
20/01/20	Secolo XIX	15 Scoperta la garza perfetta che favorisce la guarigione	...	55

20/01/20	Comunicazione agli Abbonati	1 Comunicazione agli abbonati	...	56

ILTIRRENO.GELOCAL.IT

Dodici posti per il servizio civile retribuito al Pronto soccorso di Pisa - Il Tirreno Pisa

Dodici posti per il servizio civile retribuito al Pronto soccorso di Pisa La sala d'aspetto del pronto soccorso di Cisanello (foto Muzzi) I dodici selezionati dovranno affiancare il personale nell'accoglienza dei pazienti. Previsto un rimborso di 433 euro mensili per la durata di un anno 18 Gennaio 2020 pisa. La Regione ha reso nota l'approvazione del progetto di servizio civile nei pronto soccorso degli ospedali regionali, annunciando la pubblicazione del relativo avviso (sul Bollettino ufficiale della Regione Toscana n°3) per la selezione di 130 giovani, tra i 18 e i 30 anni non compiuti (alla data di presentazione della domanda). . Anche l'Aoup aveva aderito con un progetto specifico ("Un passaggio dell'accoglienza dai colori ai numeri"), che è risultato finanziato con l'assegnazione di 12 posti, da avviare al servizio civile per 12 mesi, a partire dalla data che verrà comunicata dalla Regione stessa. Il servizio effettivo inizierà dopo un periodo di formazione nell'Azienda ospedaliera. Ai giovani, che affiancheranno il personale nel servizio di prima accoglienza all'utenza che arriva in ospedale, con una particolare attenzione ai soggetti più fragili (anziani, disabili, bambini, ecc.), sarà richiesto di svolgere un servizio adeguato al peculiare contesto in cui si inserisce il progetto. Attraverso l'informazione e l'orientamento dei pazienti e delle loro famiglie essi forniranno supporto al lavoro degli operatori sanitari, intervenendo anche sugli aspetti relazionali e psicologici del momento dell'urgenza e contribuendo, quindi, al miglioramento del clima e della qualità del servizio nei pronto soccorso toscani. Nel corso del servizio civile i giovani che verranno selezionati prenderanno parte anche a percorsi formativi legati alle attività che svolgeranno, ad esempio nell'ambito della gestione dei percorsi assistenziali per i soggetti con bisogni speciali e dell'utilizzo di defibrillatori. Il servizio, che si svolgerà al pronto soccorso del presidio di Cisanello (edificio 31, con 9 volontari) e di Santa Chiara (con 3 volontari al pronto soccorso ostetrico del dipartimento materno-infantile, edificio 2), sarà perciò caratterizzato da una notevole dinamicità e si attuerà attraverso molteplici iniziative. Il volontario dovrà rappresentare per l'utenza un punto di riferimento essenziale per avere informazioni, orientamento e aiuto nel primo momento di contatto con la realtà ospedaliera. Per l'Aoup si tratta dell'undicesimo anno consecutivo di esperienza nel settore del servizio civile- Per i volontari è previsto un rimborso pari a 433,80 euro mensili, per un impegno a tempo pieno di 30 ore settimanali, dal lunedì al sabato. Si ricorda che il candidato può presentare la domanda per un solo progetto, specificando nella domanda il nome di quello a cui è interessato, pena l'esclusione. La domanda può essere presentata esclusivamente on line accedendo al sito indicato



nell'avviso della Regione e seguendo le relative modalità, entro 30 giorni a decorrere dal giorno successivo alla data di pubblicazione dell'avviso, quindi entro le 14 del 14 febbraio. — Ora in Homepage

L'incidente

Si ustiona mentre accende il fuoco: è grave

Ha tentato di accendere un fuoco nel caminetto di casa. Ma qualcosa è andato storto e le fiamme hanno attecchito su capelli e vestiti. E' la disavventura accaduta ieri a una donna di 44 anni residente a Vagli Sotto. La chiamata al 118 è scattata intorno alle 16 e la donna è stata trasportata con l'elisoccorso Pegaso al Centro Grandi Ustionati di Pisa. Le ustioni riportate sarebbero di media entità ma diffuse su tutto il corpo. Resta da capire se per accendere la fiamma abbia utilizzato alcol o liquidi infiammabili. La 44enne non è comunque in pericolo di vita ma avrebbe riportato lesioni nell'area intorno al viso e su alcune parti del busto.



La pagina dei lettori

ECCELLENTI I MEDICI E TUTTO IL PERSONALE

Vorrei ringraziare - dopo aver subito un intervento di protesi al ginocchio - i medici Punzi e Lupichini. Inoltre voglio elogiare lo staff di riabilitazione dell'ortopedia di Cisanello. I miei ringraziamenti per la professionalità e la dedizione che mettono nel loro lavoro. Sono persone meravigliose. In particolare colgo l'occasione per ringraziare la fisioterapista Elena Coltelli e la collega Deborah Lalli, il professor Raffaetta, il dottor Menconi, il dottor Falossi e gli infermieri tutti. Grazie di cuore».

Miranda Dell'Oste



VAGLI SOTTO

Ustioni a volto e capelli Donna a Cisanello

VAGLI SOTTO. Un brutto incidente domestico per una donna residente nel comune di Vagli Sotto. È accaduto ieri pomeriggio (19 gennaio) alle 16, nella sua abitazione. Per cause da verificare, la donna si è ustionata al viso e al volto: e sul momento sembrava che si trattasse di ustioni molto gravi. Partita la richiesta di aiuto, la centrale operativa del 118 Toscana Nord Ovest ha

fatto partire anche l'elicottero Pegaso, per accelerare il trattamento della donna, da recuperare in un luogo difficile da raggiungere. La donna così, a bordo dell'elicottero Pegaso, è stata trasportata al Centro Ustioni di Cisanello, dove è stata sottoposta alle cure del caso. Il suo quadro clinico per fortuna non è grave, ma dovrà adesso guarire dalle ustioni riportate. —



La pagina dei lettori

RINGRAZIAMENTO DOPO IL RICOVERO

F.M. e famiglia, vista l'efficienza, la gentilezza e l'umanità prestategli durante il ricovero presso la Fondazione Toscana G. Monasterio, C.N.R., stabilimenti di Pisa e Massa, vuole ringraziare il Prof. Michele Emdin, il dottor Marcello Piacenti, nonché tutti i medici, il personale infermieristico e gli Oss. Un particolare ringraziamento al dottor Maurizio Cecchini, Presidente della Cecchini Cuore Onlus.

Lettera firmata, Pisa



SANITÀ PRIVATA, PIÙ RICHIESTA CON MENO SPAZI

di **Mauro Bonciani** II-III

IL PARADOSSO TOSCANO DELLA SANITÀ PRIVATA PIÙ RICHIESTA, MENO SPAZI

Aumentano i cittadini che scelgono le prestazioni a pagamento, si riducono le risorse destinate dalla Regione alle strutture convenzionate. Matera (Aiop): «Il tetto unico ai pazienti, toscani e non, penalizza l'intero settore senza alcun beneficio agli utenti». Cresce anche in doppia cifra il fronte dei privati «puri»

di **Mauro Bonciani**

La sanità privata convenzionata — definizione che non comprende il privato sociale cioè i servizi e gli ambulatori di Misericordie, Pubbliche Assistenze, onlus e associazioni di volontariato né le case di riposo — in Toscana è meno estesa che in altre regioni ma è un settore importante per la salute dei cittadini. E se la sanità convenzionata è alle prese con i problemi causati dalla contrazione delle risorse assegnate, in quella privata ci sono nuovi attori importanti, come Unipol che ha acquisito le attività di Fondiaria Sai, e cresce il ricorso dei cittadini alle prestazioni a pagamento.

In sintesi la sanità privata impiega 3.000 tra uomini e donne contro i 50.000 del sistema sanitario pubblico, in oltre sessanta strutture, e la Regione ha pagato nel 2018 le strutture private accreditate il 3,9% della spesa totale cioè 273 milioni di euro sui circa 7 miliardi di budget per la sanità (in Italia nel 2016 la percentuale di spesa ospedaliera privata sul totale della spesa sanitaria pubblica è stata del 7,4%). Per quanto riguarda l'incidenza sulla spesa ospedaliera, i privati accreditati pesano il 13,5% a fronte del 28,4% di giornate di degenza del 26,5% della produzione di prestazioni erogate e coprono il 14% dei posti letti complessivi.

«Come è la situazione? Non buona — risponde Francesco Matera, Ad della fiorentina Villa Ulivella, esperto del settore, per dieci anni presi-

dente di Aiop (Associazione italiana ospedalità privata) per la Toscana — Dal 2011 al 2019 le misure di *spending review* nazionale e regionale nonché la crisi economico-finanziaria hanno fatto registrare un taglio dei tetti assegnati al sistema privato accreditato toscano del 17%. A questo, si aggiunge l'effetto della delibera regionale 1220-2018 che ci ha assegnato un tetto unico per le prestazioni rivolte ai pazienti regionali ed extra regionali. Risultato: non possiamo più attrarre utenza dalle altre regioni, anzi abbiamo già perso il 40-50% di questi utenti, e non possiamo far crescere il fatturato, senza che questo significhi vantaggio per gli utenti toscani, come dimostrano le lunghe liste di attesa». Secondo Matera così c'è il rischio di vanificare gli investimenti privati, «oltre a frenare lo sviluppo imprenditoriale, con ripercussioni sui livelli occupazionali che, fino a oggi, abbiamo sempre cercato di preservare».

Per Matera in Toscana «c'è ancora un pregiudizio verso la sanità privata, non si capisce che siamo un servizio pubblico gestito da privati, parte del sistema sanitario tanto che da noi il cittadino non paga un euro» e già voluta dalla Regione con il sistema pubblico e privato che collaborano», dall'altra resta l'anomalia toscana: «Potremmo fare molto di più, ad esempio le case di cura qui non possono avere pronto soccorso come in Lombardia, Lazio o Veneto, che ha la

migliore sanità italiana. Il nostro è un sistema virtuoso, lo dimostra il fatto che copriamo molta più offerta rispetto ai costi a carico del sistema regionale. Confidiamo che sia corretta la delibera del 2018 che ci mette in grande difficoltà». Altra partita aperta è il rinnovo del contratto del settore, fermo da 12 anni, su cui è in corso da mesi una vertenza, con prospettive di intesa dopo l'accordo a metà dicembre della copertura dei costi da parte di Stato e Regioni, ognuna per il 50%. «Auspichiamo che ci sia la stretta finale e che entro il mese si arrivi alla firma dopo l'inaccettabile stop per 12 anni — spiega Marco Bucci, segretario toscano della Cisl funzione pubblica — E che poi la Regione contribuisca all'attuazione dell'intesa».

Sanità tutta privata è invece quella gestita ad esempio dal gruppo Unipol, con Villa Donatello a Firenze, oggi sdoppiata in due sedi: gli ambulatori nella storica villa sui viali fiorentini e il ricovero nella nuova struttura a Sesto. Unipol punta molto sul welfare e sull'ambito sanitario



e Villa Donatello, che nel 2019 ha fatturato 29 milioni di euro, è cresciuta mediamente del 12% negli ultimi quattro anni, con 8 milioni di euro investiti negli ultimi due anni; nel triennio 2019-21 l'obiettivo è crescere di un altro 25% grazie anche a progetti sulle neuroscienze e l'ambito cardiovascolare.

«Il nostro è un bilancio positivo come dimostrano i numeri ma anche la soddisfazione dei pazienti — spiega Alberto Rimoldi, ad di Villa Donatello — e le due strutture ci permetteranno di continuare in questa crescita organica. I motivi dello sviluppo? Più fattori insieme: la sede nuova che ci consente di avere più spazio e tecnologie per nuove specialità, lo sviluppo della sanità integrativa e del welfare aziendale, l'offerta accessibile di prestazioni, l'apertura al territorio, al no profit, università, associazionismo. Sulla sanità integrativa in particolare siamo diventati punto di riferimento anche per i soggetti internazionali

che operano con i turisti, tanto che nel 2019 ne abbiamo assistiti 800». «Ci siamo ritagliati un ruolo complementare alla sanità pubblica — conclude Rimoldi — Anche in un sistema sanitario regionale virtuoso come quello toscano c'è spazio per chi vuole la scelta sui tempi, sui professionisti ed un confort di livello. E noi abbiamo la forza del radicamento di una realtà nata 70 anni fa, ambita anche dai medici, in grado di offrire servizi ed assistenza anche alle nuove esigenze di una società in cui gli anziani hanno una aspettativa di vita più ampia».

Confindustria raggruppa sia la sanità privata convenzionata che quella privata e a Firenze le sezioni case di cura ed istituti diagnostici si sono appena unite nella sezione sanità, presieduta da dicembre da Paolo Ciardi. «Non c'è dubbio che negli ultimi anni è cresciuto di molto il numero di persone che attraverso assicurazioni e fondi sanitari usufruisce della sanità privata e non del sistema

pubblico, che funziona pur con qualche tensione — premette Ciardi — L'obiettivo della riunificazione delle due sezioni è far riconoscere a pieno il nostro ruolo, di supporto al sistema regionale, che da solo non ce la fa, da parte degli interlocutori istituzionali. E il primo obiettivo è regole uguali in tutta la Toscana, mentre oggi ogni Asl le applica in modo differente». Cosa apprezza l'utente del sistema privato? «In primo luogo il contatto umano con i professionisti, il personale, il rapporto di fiducia che si crea. Noi abbiamo gli stessi standard qualitativi del pubblico, ma numeri più bassi e quindi possiamo curare meglio il rapporto con il paziente, investire in professionisti affermati. Anche noi però — aggiunge il manager — abbiamo difficoltà nel reclutamento dei medici, nel trovarli dato che sono pochi; un problema che si aggraverà nei prossimi anni».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I numeri della sanità privata

LE RISORSE DESTINATE ALLE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE DAL PIANO SOCIO-SANITARIO INTEGRATO 2018-2020

Dati in euro

2018  7.484.400.000

2019  7.033.800.000

2020  6.992.400.000

Tetto massimo di spesa destinato alle strutture private nel 2018

237.067.160



3,9% della componente sanitaria del fondo sanitario regionale
3,7% nel 2020

In Italia la percentuale di spesa ospedaliera privata sul totale della spesa sanitaria pubblica è stata del **7,4%**

PERSONALE

circa 2.400 unità

Impiegati nelle case di cura private al 2018

circa 50.3000 unità

Impiegati nella sanità pubblica al 2017

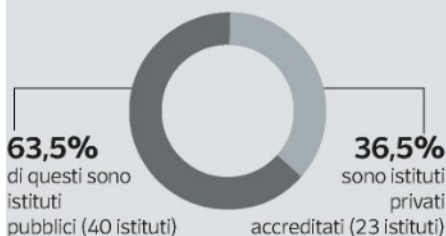
RAPPORTO PUBBLICO- PRIVATO IN TERMINI DI PRODUZIONE E SPESA OSPEDALIERA

86,5% 73,5% 71,6% 28,4% 26,5% 13,5%



ISTITUTI

63 Totale istituti pubblici e privati

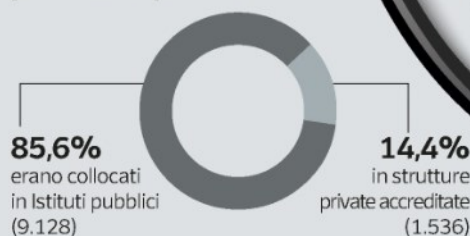


63,5% di questi sono istituti pubblici (40 istituti)

36,5% sono istituti privati accreditati (23 istituti)

POSTI LETTO

10.644 Totale istituti pubblici e privati



85,6% erano collocati in Istituti pubblici (9.128)

14,4% in strutture private accreditate (1.536)

Fonte: Rapporto annuale Ospedali e salute su dati 2016

L'Ego-



L'esperto
Francesco
Matera,
Ad di Villa
Ulivella, già
presidente
di Aiop

Rimoldi, Villa Donatello: ci siamo ritagliati un ruolo complementare, anche in un sistema virtuoso come quello toscano c'è spazio

«SERVE IL DOPPIO DEI POSTI LETTO, E NOI INVESTIAMO»

Iuculano, presidente del Gruppo Eukedos, traccia il futuro dell'azienda che opera nel settore privato dell'assistenza agli over 70:

«Ci sono ampi spazi di crescita soprattutto sul fronte dei pazienti non autosufficienti, spesso tralasciati dalla programmazione pubblica»

«È un settore stabile, dove si può fare del bene guadagnando». Carlo Iuculano, presidente e Ad del Gruppo Eukedos, traccia il futuro dell'azienda che ha appena varato un nuovo piano industriale con le strategie per il quinquennio 2020-2025. Il Gruppo Eukedos ha sede a Firenze, è quotato in Borsa ed è il quarto player nazionale nel settore del *managed care* e dell'assistenza a lungo termine agli anziani non autosufficienti. Fra gli azionisti principali del Gruppo — che opera attraverso le società La Villa, in Toscana, e Eukedos, nel resto d'Italia — Arkyholding srl con il 39,7% del capitale; la Toscofina che fa capo a Carlo Iuculano con il 7,2% e First Capital con il 18,2%. Eukedos è nata dalle ceneri di Arkimedica Spa, rilevata al concordato dal team di Carlo Iuculano. Con la cessione della controllata Delta Med, Eukedos incassò la cifra necessaria (circa 19 milioni di euro) per chiudere la procedura concordataria avviata nel maggio 2012 e avviare il rilancio delle attività. Oggi gestisce Rsa in Val d'Aosta, Emilia Romagna, Lombardia, Piemonte, Abruzzo, Toscana e Liguria.

Quali sono i punti principali della vostra strategia a medio termine e da quanti investimenti sono sostenuti?

«Realizzeremo 1.800 nuovi posti letto in Toscana, Liguria, Lombardia, Veneto e Abruzzo costruendo nuove strutture. A sostegno del piano ci sono 120 milioni di euro di investimenti che porteranno a 1.500 assunzioni. Il primo passo sarà in Abruzzo dove sono previsti 120 nuovi posti letto, nell'area di Sulmona; poi seguirà la Lombardia con 600 nuovi posti letto».

Il Gruppo Eukedos, che attualmente conta 2.600 dipendenti, ha chiuso il 2018 con 110 milioni di euro di ricavi (60 generati dalle attività della controllata La Villa e 50 da Eukedos): quanti arrivano dalle convenzioni con il sistema sanitario nazionale?

«Circa il 40%. Il contributo della Asl copre circa il 50% della retta per i posti letto in convenzione. I posti letto senza convenzione, per i quali non percepiamo nessun contributo, attualmente sono il 20% circa dei nostri 3.400 posti letto totali, 2.000 dei quali gestiti attraverso La Villa e 1.400 attraverso Eukedos».

Qual è l'obiettivo di fatturato indicato nel nuovo piano industriale?

«Si aggiungeranno 70 milioni di euro, per arrivare a un totale di 180 milioni».

Quali sono i vostri margini?

«Abbiamo un Ebitda medio del 12%».

Ci sono spazi di crescita?

«In Italia c'è la necessità rilevata di circa 600 mila posti letto e attualmente l'offerta è di 300 mila, la metà dei quali da ristrutturare. Quindi ci sono spazi molto ampi. Ma una criticità importante è rappresentata dalla scarsa disponibilità di finanziamenti pubblici perché gli anziani non autosufficienti non vengono classificati come 'acuti' e quindi spesso sono tralasciati nella programmazione pubblica. È faticoso ottenere le convenzioni per tutti i posti letto e per gli ospiti è faticoso ottenere le autorizzazioni per entrare nelle strutture. Premesso questo, è un settore nel quale non si hanno guadagni altissimi ma che garantisce stabilità: per questo di può fare

bene, lavorando bene».

Nel 2016 avete rilevato Eukedos, si è rivelato un buon investimento?

«Il 30 novembre 2016 abbiamo chiuso in bonis il concordato per rilevare Eukedos. Sì, è stato un buon investimento. Oltre alla soddisfazione di aver mantenuto un migliaio di posti di lavoro, abbiamo messo a punto il turn over: quando siamo subentrati l'Ebitda era negativo a causa della perdita gestionale, oggi è positivo. Ci abbiamo investito circa 10 milioni di euro e li abbiamo investiti bene».

State guardando a nuove acquisizioni o crescerete solo per linee interne?

«Gli operatori importanti nel settore dell'assistenza di lungo termine ai non autosufficienti in Italia sono soltanto quattro, noi compresi, e oggi tutto quello che era acquisibile è stato acquisito. Quindi al momento non vedo spazi per operazioni di ulteriore aggregazione. Inoltre, è più semplice e controllabile costruire nuove strutture piuttosto che acquisirne di esistenti. Premesso questo, noi attualmente non abbiamo nessuna trattativa in corso per acquisizioni, ma se dovesse saltare fuori qualcosa potremo analizzarla».

Silvia Ognibene

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Questo è un settore stabile, dove si può fare del bene guadagnando: noi realizzeremo 1.800 nuovi posti letto



**Il nostro obiettivo è arrivare a 180 milion di euro di fatturato, settanta milioni in più
Con un margine operativo del 12%**



Al vertice

Il presidente e Ad del gruppo Eukedos, Carlo Iuculano



Eccezionale intervento all'Ospedale Versilia

La delicata operazione neurochirurgica è stata eseguita dal dottor Jacopo Giorgetti coadiuvato dai primari Manca e Buzzigoli

VERTEBRA FRATTURATA

«Tutto il personale ha dimostrato capacità come in una struttura di primo livello»

LIDO DI CAMAIORE

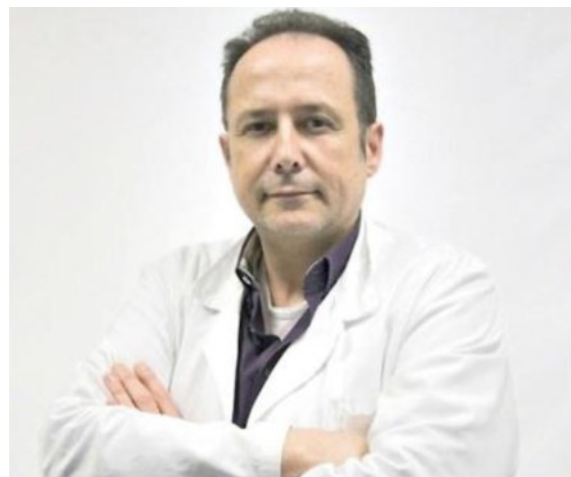
Un intervento chirurgico eccezionale per l'ospedale Versilia ha salvato la vita e la qualità della vita di un paziente non trasportabile. Ne è stato autore il neurochirurgo viareggino Jacopo Giorgetti, che dal 2016 ha già effettuato una decina di operazioni nel nosocomio versiliese ma, solitamente, per interventi delicati come la stabilizzazione di una vertebra cervicale opera nella neurochirurgia di Livorno, struttura con dotazioni di secondo livello. Stavolta non era possibile, però lo staff del Versilia (ospedale di secondo livello) è andato alla grande. E il paziente tornerà a vivere normalmente.

L'operazione è avvenuta venerdì scorso ed è durata 4 ore. L'équipe guidata dal dottor Giorgetti ha stabilizzato la seconda vertebra cervicale dell'uomo, creando un primato per il «Versilia». «E' un intervento molto delicato – spiega il neurochirurgo – ma la struttura ha potuto affrontarlo per le precedenti esperienze neurochirurgiche». Il paziente aveva subito un gravissimo trauma toracico e una frattura vertebrale attorno a Natale, per un incidente stradale a Camaiore. Non poteva essere trasferito a Livorno date le critiche condizioni generali. Fino a venerdì l'uomo ha portato un collare per evitare ulteriori danni. Quando è stata superata

la criticità toracica il dottor Giorgetti, il primario di rianimazione e anestesia Stefano Buzzigoli, e quello di ortopedia Mario Manca, hanno deciso di intervenire al Versilia. E i due specialisti sono entrati in sala operatoria col neurochirurgo.

Il dottor Giorgetti ha stabilizzato con viti la frattura del dente epistrofeo, caratteristica struttura della seconda vertebra cervicale la cui rottura è detta anche «frattura dell'impiccato»: si può morire, per la compressione di centri nervosi legati al cuore e alla respirazione. La patologia delicatissima è stata risolta in 4 ore, la stessa tempistica di una neurochirurgia di primo livello come Livorno. Adesso il paziente è in terapia intensiva, e per un mese dovrà portare il collare ortopedico quando si alza in piedi.

«Questo intervento – afferma Giorgetti – mi riempie d'orgoglio anche come viareggino, per aver trovato al Versilia un'équipe di medici e paramedici di altissimo livello, compresi i ferristi e gli infermieri di sala, e i tecnici radiologia che hanno permesso di eseguire tutto nelle stesse condizioni possibili in ospedali di primo livello, grazie alla professionalità e alla validità di tutti. L'Ospedale Versilia a volte viene criticato, ma anche in questa occasione ha dimostrato di avere una compagine sanitaria fantastica, di altissimo livello, con professionisti eccellenti. Il trasferimento del neurochirurgo da Livorno è un servizio organizzato benissimo dai colleghi Manca e Buzzigoli, come dimostrano anche i precedenti in cui sono stato spesso assistito pure dagli aiuti di ortopedia, i medici Morescalchi e Sirianni».



Il neurochirurgo viareggino Jacopo Giorgetti è in forza all'ospedale di Livorno



Sindacati

«Laboratorio analisi al collasso: la dirigenza non sostituisce gli addetti in malattia»

Quando si passa dai dottori ai politici, all'Ospedale Versilia la musica cambia: «Emorragia di personale al laboratorio analisi. Carenze organiche ormai croniche che vengono gestite dall'azienda con trasferimenti arbitrari da altri

territori dimostrando ancora una volta la cattiva gestione della situazione che denunciavamo da un anno». La scrivono i rappresentanti di Cgil Fp, Laura Del Freo, e Uil Fpl, Fausto Delli e Claudio Velia, che aggiungono: «La situazione non è più sostenibile. C'è personale assente da anni per lunghe malattie che non è mai stato sostituito. Ci sono stati trasferimenti in altre Regioni mai coperti. E' evidente che ulteriori certificati di malattia possono mandare al collasso l'intero servizio del

laboratorio analisi. Denunciamo il fatto che per l'ennesima volta l'azienda trasferisce arbitrariamente personale dai laboratori di altre province, come Lucca, Livorno e ultimamente pure Pontedera, per sopperire alle carenze organiche e per far andare avanti le attività di routine del laboratorio analisi Versilia. Non vogliamo neppure pensare che cosa accadrebbe in casi di emergenza. Quanto sta accadendo dimostra la carenza cronica di personale e la cattiva gestione dell'azienda».



Prevenzione

Arrivano su YouTube le trasmissioni tv dedicate all'importanza delle vaccinazioni

Si arricchisce di nuovi contenuti il canale YouTube dell'ASL nord ovest che apre una finestra informativa, diretta e gratuita sul mondo della sanità locale. Sul canale, raggiungibile inserendo la scritta "USL Toscana nord ovest" nella maschera di ricerca della pagina YouTube, sono state inserite altre tre trasmissioni del ciclo "Salute!" ideate dall'ufficio stampa aziendale con la collaborazione di alcune delle emittenti locali. In particolare sono adesso visibili e consultabili le trasmissioni realizzate nei mesi scorsi dal titolo "Picco influenzale in arrivo, consigli per l'accesso ai servizi" andata in onda su GranducatoTv e "Lotta al diabete nella provincia di Lucca" trasmessa da NoiTV e "Influenza, quando vaccinarsi e come proteggersi".



Prevenzione

**Arrivano su YouTube
 le trasmissioni tv
 dedicate all'importanza
 delle vaccinazioni**

Si arricchisce di nuovi contenuti il canale YouTube dell'ASL nord ovest che apre una finestra informativa, diretta e gratuita sul mondo della sanità locale. Sul canale, raggiungibile inserendo la scritta "USL Toscana nord ovest" nella

maschera di ricerca della pagina YouTube, sono state inserite altre tre trasmissioni del ciclo "Salute!" ideate dall'ufficio stampa aziendale con la collaborazione di alcune delle emittenti locali. In particolare sono adesso visibili e consultabili le trasmissioni realizzate nei mesi scorsi dal titolo "Picco influenzale in arrivo, consigli per l'accesso ai servizi" andata in onda su GranducatoTv e "Lotta al diabete nella provincia di Lucca" trasmessa da NoiTV e "Influenza, quando vaccinarsi e come proteggersi".



Pet relax, così i cani aiutano i bimbi

Un nuovo progetto di interventi assistiti con gli animali si sta estendendo negli ospedali di varie città

La pet therapy è sempre più importante e sempre più utilizzata. Recentemente è stato varato il progetto 'Pet relax', con i cani nei reparti di Pediatria in alcuni ospedali. Partito lo scorso novembre dall'ospedale del Mugello (Firenze) e poi esteso a Pistoia, il progetto - che vede 'in campo' i cani Olga, Achille Orsa e Caos - è stato presentato nei giorni scorsi anche a Empoli. Qui, nel reparto di Pediatria dell'ospedale San Giuseppe, il progetto partirà alla fine di gennaio. I cani ogni venerdì mattina si alterneranno per far visita ai bambini nella ludoteca del reparto. I due cani che nei giorni sono stati accompagnati per la prima volta in ospedale in occasione della presentazione del progetto hanno trovato ad accoglierli Silvia Guarducci, dirigente medico della direzione sanitaria dell'Ospedale San Giuseppe, Roberto Bernardini, direttore pediatria Ospedale Empoli, Federica Iannotta, coordinatrice infermieristica pediatria, insieme al personale medico infermieristico ed ostetrico.

L'iniziativa, spiegano dalla Usl Toscana Centro, fa parte del progetto di attività assistita con animali dell'Ausl Toscana Centro: si tratta di interventi ludico creativi realizzati grazie alla presenza di alcuni istruttori della Scuola Nazionale Cani Guida per Ciechi che ha aderito al progetto, per donare sorrisi ai piccoli pazienti oltre a metterli a loro agio e distrarli dal pensiero di fare una visita o un esame. L'ini-

ziativa non prevede un programma terapeutico già impostato, ma si sviluppa sul momento cogliendo le emozioni e sinergie che si attivano tra bambini e i cani.

Il progetto nasce dalla sinergia tra Arianna Maggiali, direttore ostetricia professionale, Cristina Rossi, direttore continuità ospedale territorio e Monica Ra-

spini, responsabile dei percorsi infermieristici, nonché referente del progetto.

«E' stato un lungo lavoro, a partire dallo studio delle linee guida nazionali per capire l'uso corretto del linguaggio oltre alla ricerca delle possibili associazioni con cui intraprendere il percorso fino alla costituzione di un gruppo di lavoro del personale dell'Ausl Toscana Centro, i cosiddetti "facilitatori"», spiega Monica Raspini».

Il percorso ha previsto alcune giornate formative con il personale dell'Azienda coinvolto nel progetto e la realizzazione di un opuscolo informativo in cui attraverso alcuni fumetti realizzati da Alessandra Mariotti si spiega la finalità dell'iniziativa ai genitori e ai piccoli pazienti. «La Pet relax - sottolinea Raspini - fa bene anche agli operatori. Ora il progetto si estenderà anche a Prato e in altre città». I cani in ospedale sono un aiuto davvero grande per i bambini (e ovviamente anche per adulti e anziani). E' auspicabile quindi che i 4 zampe siano sempre più presenti nelle corsie ospedaliere.



Empoli, presentazione del progetto 'Pet relax' all'ospedale San Giuseppe. L'attività inizierà a fine mese

L'IDEA

In un opuscolo l'iniziativa viene spiegata con fumetti ai genitori e ai piccoli



«Ospedale, subito i finanziamenti La situazione è grave»

PIOMBINO

Sanità, «vogliamo che i finanziamenti siano erogati al più presto». Così Fratelli d'Italia Piombino intervenendo nella discussione sul futuro dell'ospedale cittadino. «La legge regionale sull'area vasta nord ovest aveva sancito appositamente per gli ospedali di Piombino e Cecina la creazione di un polo unico dove fossero garantite ai cittadini del territorio tutte le prestazioni. Al momento però si registra un indebolimento inconcepibile dell'ospedale di Piombino che ha visto togliersi la chirurgia oculistica, l'indebolimento di ortopedia, la neurologia dove è rimasto un solo medico e non si acquistano neppure più le attrezzature. Gli otorini che devono affrontare varie criticità e la cardiologia che, dopo vari pensionamenti tra cui il primario, è rimasta coperta con soli quattro medici che non riescono a fornire tutte le prestazioni previste. Per ultimo, ma non certamente per importanza, abbiamo un pronto soccorso che, nonostante la grande responsabilità del personale operante, non riesce sempre a stabilizzare i pazienti per poi trasferirli nei vari reparti».



FRATELLI D'ITALIA

Ospedale in sofferenza

«A quando i milioni promessi per l'ospedale?»

PIOMBINO. «In questi giorni si è rialzata la discussione sul futuro del nostro ospedale cittadino. Finanziamenti promessi dalla Regione mai arrivati, reparti sofferenti, personale medico insufficiente e mancante». È dura la nota di Fratelli d'Italia Piombino, partito del sindaco **Francesco Ferrari**, nei confronti della Asl e delle carenze dell'ospedale. «Siamo preoccupati per la città e i suoi cittadini, una città come Piombino merita risposte certe e rispetto anche per quanto concerne la sanità, perciò vogliamo che gli investimenti promessi siano erogati al più presto in nome di un'efficienza maggiore che non sia solo sulla carta per permettere ai piombinesi e agli abitanti della Val di Cornia di trovare quelle risposte ai loro bisogni che al momento però sono costretti a soddisfare andando altrove».

«La legge regionale sull'area vasta nord ovest aveva sancito appositamente per gli ospedali di Piombino e Cecina la creazione di un polo unico dove fossero garantite ai cittadini del territorio tutte le prestazioni». Ma secondo Fratelli d'Italia al momento però si registra un indebolimento dell'ospedale di Piombino «che ha visto togliersi la chirurgia oculistica; l'indebolimento di ortopedia; la neurologia dove è rimasto un solo medico e non si acquistano neppure più le attrezzature; gli otorini che devono affrontare varie criticità; e la cardiologia che, dopo vari pensionamenti tra

cui il primario, è rimasta coperta con soli quattro medici che non riescono a fornire tutte le prestazioni previste».

Per ultimo, «ma non certamente per importanza, abbiamo un pronto soccorso che, nonostante la grande responsabilità del personale operante, non riesce sempre a stabilizzare i pazienti per poi trasferirli nei vari reparti e che oltretutto dovrebbe essere localizzato nei pressi delle diagnostiche e delle sale operatorie».

Fratelli d'Italia prosegue sostenendo che i milioni promessi per la provincia «debbono servire subito per migliorare la formazione e la professionalità di tutti gli operatori, ma anche per la sicurezza della struttura ospedaliera. L'integrazione tra gli ospedali di Piombino e di Cecina deve essere garantita al più presto in maniera efficace mantenendo le solite caratteristiche di un presidio provinciale vista anche la distanza tra le due aree e il capoluogo di provincia. Perciò chiediamo alla Regione Toscana di applicare la legge fatta per il polo in questione».

«Oltretutto vorremmo che non fosse penalizzata ancora una volta la nostra città per favorire magari altre zone della provincia che possono utilizzare ospedali di primario livello come Cisanello in quanto quei finanziamenti servono proprio per non creare una differenza enorme tra Piombino e il resto della Toscana trattando i piombinesi e gli abitanti della Val di Cornia da cittadini di serie B». —



L'ASL CONFERMA IL COMPENSO

Bonus di 400 euro per i medici che arrivano da fuori Elba

L'Asl ha confermato il "bonus Elba", destinato ai medici del continente che potenziano pronto soccorso e 118. **CENTINI/INCRONACA**

SANITÀ

Confermato il bonus da 400 euro per i medici che vengono da fuori

L'Asl stanZIA 130mila euro per coprire i turni garantiti dal personale non elbano
Lo strumento serve come supporto per il pronto soccorso e sulle ambulanze

PORTOFERRAIO. L'Asl Toscana Nord Ovest ha confermato il "bonus Elba", destinato ai medici convenzionati che arrivano dal continente per garantire l'operatività del pronto soccorso e del servizio di emergenza territoriale (il medico del 118 in servizio sulle ambulanze). Servizi che non riescono a stare del tutto in piedi con il solo organico elbano.

Il bonus, più precisamente, consiste nell'erogazione di 400 euro, oltre al compenso standard previsto per il normale turno di lavoro, per i professionisti convenzionati che arrivano da altre zone di competenza dell'Asl. Non solo. L'azienda, con la delibera approvata il 16 gennaio scorso dal direttore generale **Maria Letizia Casani**, ha anche sti-

mato la spesa prevista per coprire i turni aggiuntivi che saranno garantiti dal personale convenzionato non stanZIALE sull'isola, ovvero 130mila euro per la bellezza di 294 turni aggiuntivi. La cifra è già stata iscritta a bilancio e sarà coperta con il finanziamento regionale ogni anno erogato per supportare i servizi di pronto soccorso ed emergenza territoriale sull'isola.

Nella delibera firmata dalla direttrice Casani si possono estrapolare dei numeri significativi per la realtà dell'isola d'Elba. Sono almeno 186 i turni nel periodo estivo che l'Asl prevede di coprire con personale convenzionato proveniente da altri ambiti dell'azienda, mentre l'assenza di due medici del pronto soccorso

non garantirebbe con il solo personale locale la copertura dei turni minimi nel pronto soccorso di Portoferraio nei mesi di gennaio e febbraio. Nel 2019, secondo quanto si legge nella delibera firmata da Casani, i turni aggiuntivi sono costati all'azienda 231.481 euro. Di questi poco più di 116mila euro sono serviti per pagare il personale di stanza all'Elba che ha garantito dei turni extra, mentre 115mila euro sono andati al personale arrivato da altri ambiti aziendali, pagati oltre che con il compenso normale, anche con il bonus Elba da 400 euro. Il bonus è uno strumento utilizzato dall'azienda sanitaria, viste le difficoltà nel reperire personale medico che accetta incarichi sull'isola. —

Lu.Ce.





L'ospedale di Portoferraio

AL VERSILIA

Salvato dal chirurgo dopo lo schianto frontale fra due macchine

Cinquantenne di Camaiore vivo grazie ad un delicatissimo intervento

La chiamano la frattura dell'impiccato: un nome sinistro che sta ad indicare la rottura della seconda vertebra cervicale, tipica di traumi dovuti all'uso di una corda. Traumi che sono spesso letali. Per questo l'equipe coordinata dai primari Stefano Buzzigoli (rianimazione), Mario Manca (ortopedia) e dal neurochirurgo viareggino Jacopo Giorgetti ha deciso che stavolta l'operazione si doveva fare al Versilia. Il paziente, un 53en-

ne camaiorese reduce da un tremendo incidente frontale tra auto avvenuto il 23 dicembre sulla via Provinciale, non poteva essere portato a Livorno. Dove vengono eseguiti solitamente gli interventi neurochirurgici. Così il dottor Giorgetti, che presta servizio nell'ospedale labronico, è arrivato venerdì mattina e, assistito dalle equipe di Buzzigoli e Manca, ha felicemente portato a termine l'operazione. **TUCCINI / INCRONACA**

Intervento salva-vita al Versilia dopo lo scontro frontale tra auto

Ad eseguirlo il neurochirurgo viareggino Giorgetti su un 53enne molto grave «Primo caso del genere: necessario operare qui una frattura così complessa»

Matteo Tuccini

VIAREGGIO. La chiamano la frattura dell'impiccato: un nome sinistro che sta ad indicare la rottura della seconda vertebra cervicale, tipica di traumi dovuti all'uso di una corda. Traumi che sono spesso letali. E, quando non lo sono, lasciano in eredità una situazione delicatissima.

Per questo l'equipe coordinata dai primari **Stefano Buzzigoli** (rianimazione), **Mario Manca** (ortopedia) e dal neurochirurgo viareggino **Jacopo Giorgetti** ha deciso che stavolta l'operazione si doveva fare al Versilia. Il paziente, un 53enne camaiorese reduce da un tremendo incidente frontale tra auto avvenuto il 23 dicembre sulla via Provin-

ciiale, non poteva essere portato a Livorno. Dove vengono eseguiti solitamente gli interventi neurochirurgici. Così il dottor Giorgetti, che presta servizio nell'ospedale labronico, è arrivato venerdì mattina e, assistito dalle equipe di Buzzigoli e Manca, ha portato a termine l'operazione nelle canoniche tre ore. L'esito è stato positivo: il 53enne, sveglio e tutt'ora in rianimazione, può considerarsi salvo e sulla via del recupero.

È la prima volta che un'operazione così complessa di neurochirurgia viene eseguita al Versilia. Il reparto non esiste più dal 2007, quando ci fu l'addio del dottor **Valfredo Giorgetti**, medico apprezzato e padre proprio di Jacopo, con cui ha lavorato per qualche anno assieme. La de-

cisione di togliere il reparto fece molto discutere all'epoca: ci furono proteste di cittadini e sindaci. Ma l'Asl, così si disse, doveva prendere atto che l'ospedale di Lido non poteva più essere considerata sede del servizio. Prima con Cisanello e poi con Livorno - l'accordo con Pisa non aveva soddisfatto i professionisti versiliesi - è stato fatto un protocollo d'intesa che consente di inviare nella città labronica i pazienti del Versilia che



necessitano della neurochirurgia. Ma, in base a questo accordo, certi tipi di interventi possono essere ancora eseguiti a Lido.

La frattura vertebrale causata al 53enne camaiorese dallo scontro frontale tra auto, però, è una delle peggiori in assoluto. Può avere conseguenze mortali nell'immediato e resta rischiosa nel percorso del recupero completo.

«È la prima volta che un caso così complesso viene affrontato al Versilia – afferma il dottor Giorgetti – ma era davvero improponibile pensare ad un trasporto a Livorno. Così, in accordo con i colleghi Buzzigoli e Manca, abbiamo deciso di fare tutto in questo ospedale. Non nego che il giorno prima dell'intervento ero un po' teso, ma poi è andato tutto in maniera perfetta. Da viareggino – prosegue Giorgetti – tornare al Versilia e vedere una squadra così efficiente e preparata mi ha quasi commosso. Il lavoro di anestesisti, infermieri, tecnici radiologi e ortopedici è stato impeccabile. Voglio ringraziare, in particolare, i colleghi ortopedici **Gabriele Morescalchi** e **Rossella Siriani**. Oltre ai primari Buzzigoli e Manca».

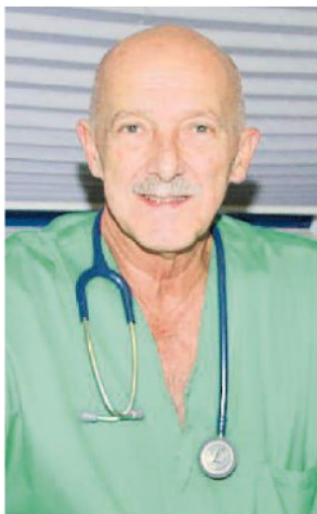
Questo intervento da record potrebbe non rimanere isolato. Il protocollo tra gli ospedali della Versilia e di Livorno, come detto, prevede già oggi che alcuni casi neurochirurgici possano essere affrontati a Lido. Dove ci sono comunque attrezzature idonee, lasciate dall'attività passata. La collaborazione potrebbe ancora essere incrementata. Realizzando quanto si auspicava in passato: equipe chirurgiche che, con la garanzia di strutture adeguate, possano lavorare in maniera itinerante all'interno dell'Asl. —

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEL 2007**Reparto chiuso
dopo l'addio
di suo padre**

La neurochirurgia al Versilia non esiste più dal 2007: il reparto sparì dopo l'addio del suo nume tutelare, il professor Valfredo Giorgetti. Padre di Jacopo che venerdì scorso ha eseguito l'intervento salva-vita di cui parliamo a fianco.

Da allora esiste un protocollo, prima con Pisa e poi con Livorno, per operare i pazienti versiliesi che necessitano della neurochirurgia. Il protocollo prevede che alcuni tipi di interventi possano essere eseguiti ancora a Lido, dove ci sono ancora le attrezzature e le professionalità adeguate. Un accordo che si basa sulla stima reciproca e che potrebbe incrementare ulteriormente l'attività a Lido.



Stefano Buzzigoli



Jacopo Giorgetti



Mario Manca

Il cuore e la mente, torna a Milano il Tempo della Salute

Medici e scienziati incontrano i lettori del «Corriere» dal 23 al 25 ottobre. Corsi e test gratuiti

5

mila
i visitatori
presenti
all'edizione
2019 del
Tempo della
Salute

«Ricordare» sarà il tema della seconda edizione de Il Tempo della Salute, che si terrà a Milano il 23-24-25 ottobre 2020, presso il Museo della Scienza e della Tecnologia.

Ricordare significa, letteralmente, «riportare al cuore». Non diciamo forse che custodiamo nel cuore una persona o un evento? Avere a cuore qualcosa significa tenerla ben presente. Non sembra strano, per gli antichi quello che per noi oggi è un muscolo, per quanto speciale, era la sede dei sentimenti e quindi il luogo della memoria. Noi siamo, in fondo, la nostra memoria.

Ricordare significa allora prima di tutto nel cuore portare sé stessi, la propria integrità, fisica e psichica, a cominciare proprio da quella del motore instancabile che ci batte nel petto. Ricordare, però, vuol dire anche avere a cuore la memoria in senso stretto, pensare a come salvarla, a nutrire la mente, che si alimenta di cultura ma soprattutto di relazioni.

E allora ricordare significa avere a cuore chi ci è vicino, attivarsi per la sua salute e il suo benessere, per i suoi, oltre che nostri, diritti. Ricordare vuol dire, ancora, avere a cuore l'ambiente, attraverso scelte ecologiche, da fare anche in campo alimentare.

Il Tempo della Salute, quest'anno, vuole sottolineare tutto questo attraverso lo sviluppo di una serie di percorsi dedicati che si declineranno in incontri con opinion leader ed esperti condotti dai giornalisti del «Corriere della Sera», e attraverso una proposta di corsi, test e misurazioni, sempre gratuiti, ancora più ricca di quella dell'edizione dell'anno scorso, visto il grande interesse riscontrato.

Il primo Tempo della Salute, che si è tenuto il 9 e 10 novembre 2019, ha registrato infatti un afflusso complessivo di oltre 5 mila visitatori, che hanno assistito a un totale di 25 eventi, con 70 ospiti. I 13 corsi organizzati sono andati tutti esauriti dopo due giorni dall'apertura delle iscrizioni e negli stand espositivi sono stati effettuati oltre 1.800 fra test e misurazioni. Anche quest'anno saranno coinvolti non soltanto scienziati e medici di fama, ma anche personaggi della politica, della letteratura, dello spettacolo, dello sport, della società civile e del volontariato.

Luigi Ripamonti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Incontri

Il pubblico partecipa a uno degli eventi del Tempo della Salute




CONFESSIONI

Luigi Rainero Fassati Pioniere della chirurgia epatica con 692 interventi
«Gli alcolici prima causa di morte dai 16 ai 22 anni, seconda dai 22 ai 30»

Ho incontrato 54 mila studenti A 4 anni volevo aprire la pancia della mamma per vedere la mia sorellina. Astemio dalla laurea

**Ho dovuto
trapiantare
il fegato
a 8 giovani
per colpa
di 5 vodkae**

di **Stefano Lorenzetto**

All'età di 4 anni, il futuro professor Luigi Rainero Fassati, 84 a marzo, primo dei sei figli del marchese Giuseppe Ippolito Fassati di Balzola, appoggiò un orecchio sul ventre della madre, incinta della terzogenita Yula. «Sentii il battito cardiaco. E poi un terremoto: era la mia sorellina che si muoveva. Dissi alla mamma: voglio aprirti la pancia per vedere che cosa c'è dentro». L'ha visto. Come direttore del dipartimento di chirurgia e dei trapianti del Policlinico di Milano, dove ha lavorato per 45 anni, ha inciso con il bisturi l'addome di 692 pazienti per innestare un fegato nuovo. Il suo vero primato, tuttavia, è il messaggino che Corrado gli ha spedito da Santa Marinella il 29 dicembre per augurarli buon 2020: «Sono passati 30 anni dall'ultimo trapianto. Che ne pensa? Vivrà ancora?». Un vero miracolo, perché, a 36 mesi dal primo intervento per una cirrosi epatica da virus B, il luminare dovette sostituirgli il fegato a causa di una recidiva e dal 2010 il sopravvissuto ha gettato via i farmaci immunosoppressori, che i trapiantati assumono per sempre onde evitare le crisi di rigetto. «Vivrai ancora a lungo», gli ha rispo-

sto Fassati. Di pazienti così, morti di vecchiaia a oltre 30 anni dal trapianto, ne ha già avuti. L'altro prodigio, tanto strabiliante quanto inutile, lo compì su Alex. Il chirurgo scrittore — 12 fra saggi e romanzi, l'ultimo, *Un tempo per guarire*, pubblicato a settembre da Salani — lo racconta in *Mal d'alcol*, stesso editore.

L'esito migliore, la sconfitta peggiore.

«È così. Fui svegliato alle 3.20. Il primario dell'ospedale Santa Giulia mi stava mandando questo giovane di 19 anni, uscito di strada in motorino, in preda a un'emorragia imponente, che non si riusciva ad arginare. Mezz'ora dopo ero in sala operatoria. Al ragazzo avevano già trasfuso cinque sacche di sangue. Ne aspirai dall'addome tre litri. Il flusso non si arrestava, faticavo persino a vedere gli organi interni. Provai a suturare il fegato ricucito dal collega. Era spappolato, solo a toccarlo si lacerava ancora di più».

A quel punto che si poteva fare?

«Niente, dovevo rassegnarmi a lasciarlo morire. O tentare un trapianto. Ma né il centro nazionale di Roma né quello di Parigi trovavano un organo. "Lo ha qui di fronte", esclamò Marina, la fidanzata. "Prelevi metà del mio fegato e lo dia ad Alex". Lei è pazza, replicai. M'insultò: "La denuncerò". Fu così che mi balenò un'idea: togliergli il fegato per bloccare l'emorragia, in attesa di un donatore».

Un proposito ai limiti della follia.

«Lo so, me lo dissero anche i miei assistenti. Risposi: mi assumo ogni responsabilità, scrivo sulla cartella clinica che voi non siete d'accordo. Procedetti all'espanto, sicuro di porre fine alla mia carriera, perché temevo che in quelle condizioni il malato non vivesse per più di 120 minuti. Invece resistette 25 ore, finché il mio aiuto non volò in Austria a prelevare il fegato di un anziano di 78 anni morto a Graz. Che il trapianto era perfettamente riuscito lo capii vedendo uscire qualche goccia di bile dal coledoco».

Come fu il decorso postoperatorio?

«Passati 15 giorni, lo dimisi. Mi confessò la causa dell'incidente: "Da Lodi, dove faccio il dj, tornavo a Melegnano sbronzo, come ogni notte". Mi giurò solennemente che si sarebbe astenuto per sempre dall'alcol. Quattro anni dopo venne a trovarmi la fidanzata, con il viso gonfio: Alex era tornato a bere, la picchiava. Un giorno mi telefonarono dall'ospedale di Melegnano per dirmi che era stato ricoverato con una grave emorragia gastrica ed era morto nel giro di 45 minuti».

Di qui la sua missione da pensionato.

«Sì, girare nelle scuole per mettere in guardia gli studenti dai pericoli dell'alcol. Ne ho già incontrati 54.000. Viola non sapeva che bastano 5 bicchierini di vodka uno in fila all'altro per lasciarci la pelle. La salvai. In mio onore volle battezzare Luigi suo figlio, che oggi ha 15 anni. Ho curato 24 giovani in coma epatico, a 8 di loro ho dovuto trapiantare il fegato. Un minuto prima sono sani e un minuto dopo morti, se non trovi un donatore compatibile. Provo una tale rabbia...».

Ma perché accade?

«Il corpo ha tre sistemi per difendersi dall'alcol: il vomito, il respiro che lo elimina al 10-15 per cento attraverso i polmoni, il fegato che lo neutralizza all'80 per cento con l'alcoldeidrogenasi. Ma questo enzima nei ragazzi fino a 18-19 anni non c'è. Già 15 minuti dopo aver bevuto, tutto l'etanolo è in circolo nel sangue. Ecco spiegate le stragi sulle strade».

Senza dancing, movida e apericena, si berrebbe ugualmente tanto?

«No. Oggi è di moda il binge drinking, bere per stordirsi. Chi va in discoteca ha il 31,9 per cento di probabilità in più di ubriacarsi, rispetto al 7,8 di chi non la frequenta. E ingollare drink a garganella aumenta di 70 volte le probabilità di un'epatite acuta fulminante con coma».

Spaventoso.

«Non lo sa nessuno. Ogni anno la tv fa 3.000 ore di pubblicità agli alcolici ma non spiega che sono la prima causa di morte dai 16 ai 22 anni e la seconda dai 22 ai 30. Perché, vede, se io asporto mezzo fegato invaso da un tumore, dopo due mesi si rifà. Ora, una superbevuta uccide 2,5 milioni di cellule epatiche, che in 45 giorni si riformano. Ma se ti ubriachi ogni settimana, l'organo è spacciato».

Come mai i giovani bevono forte?

«Fino agli anni Novanta non era così. È morta la famiglia. Solo l'1-2 per cento di chi è seguito dai genitori si ubriaca, negli altri casi arriviamo al 18. Alzi la mano chi non ha mai bevuto alcolici, chiedo agli



studenti: lo fanno solo gli islamici. Chi si è ubriacato una volta? La alzano 60 su 100. Chi lo fa ogni settimana? Il 5 per cento. Oggi si vendono cocktail buonissimi, dolci, molto economici, scorciatoie sicure per l'eccitazione e la disinibizione».

Parla per esperienza personale?

«Mi sono concesso un whisky di sera fino alla laurea, nel 1961. Da allora sono totalmente astemio. Vino e liquori sono incompatibili con la mia professione».

Il consumo di alcolici è di 80 milioni di litri l'anno. Il vino fattura 11 miliardi. Vuole distruggere un'industria italiana?

«Voglio che i giovani imparino a bere con moderazione, tutto qui. Sono il primo a dire che mezzo litro di vino a 12 gradi, suddiviso fra pranzo e cena, quindi a stomaco pieno, in un adulto è benefico: aumenta il colesterolo buono, abbassa la pressione arteriosa, stimola la forza di contrazione del cuore, è antiossidante».

Perché diventò chirurgo epatico?

«Perché lo era il mio maestro, Dinangelo Galmarini. Aveva visto le sperimentazioni sui maiali in Brasile. Nel 1983 provammo il trapianto sull'uomo».

E andò bene?

«Certo. Consideri che nel 1982 ero stato formato a Pittsburgh da Thomas Earl Starzl, che 20 anni prima aveva eseguito con successo il primo al mondo».

Eppure Starzl fu chiamato l'«assassino di Denver», come mi ha raccontato Cristiano Huscher, anche lui suo allievo.

«Vero. L'11 luglio lo assistevo in un trapianto. "Non guardi la tua Italia in finale ai Mondiali?", si stupì. E fece portare un televisore in sala operatoria. Poiché non ero abilitato agli interventi chirurgici negli Stati Uniti, mi cedeva la propria tessera personale per poterli eseguire. In quel 1982 mi affidò da tradurre il suo libro *The puzzle people*, uscito da Longanesi con il titolo *Ai limiti del possibile*».

Anche lei ama scrivere.

«Una passione nata dalla lettura. In matematica ero un somaro, così fin dal ginnasio per tre anni fui rimandato a settembre. Questo significava finire relegato per tutta l'estate a Reggiolo, dalla zia Eugenia, zitella, terziaria francescana, con il cappellano don Angelo, che officia la

chiesa del Palazzo Fassati, poi donato al Comune. Nell'immensa biblioteca la zia aveva nascosto i volumi che figuravano nell'Indice dei libri proibiti. Non mi fu difficile scovarli, a cominciare dal *Decamerone* di Boccaccio. Intanto i miei fratelli e il resto della famiglia, in tutto 32 persone, stavano da giugno a ottobre in una villa privata dentro il Des Bains, al Lido di Venezia, insieme con la nonna materna Sarina Nathan, cugina di Ernesto, che fu sindaco di Roma dal 1907 al 1913, e moglie di Iro Bonzi».

Il padre del conte Leonardo Bonzi, che vendette a Silvio Berlusconi i terreni per costruire Milano 2 e a don Luigi Maria Verzé quelli per l'ospedale San Raffaele?

«Lui, il trasvolatore dell'Angelo dei bimbi, campione olimpionico di bob. Ma per me soprattutto il marito di Clara Calamai, interprete della *Cena delle beffe*, prima donna nella storia del cinema italiano ad apparire a seno nudo. Al liceo Parini dicevo agli amici: scommettiamo che oggi viene a prendermi mia zia, l'attrice? E incassavo un sacco di soldi».

Durante le vacanze forzate a Reggiolo nacque la sua vocazione per la chirurgia.

«Grazie al medico condotto, Ermete Fontanili. Mi teneva nel suo ambulatorio, fu lui a insegnarmi a praticare le endovene. All'ospedale faceva tutto da solo, dai parti alle appendiciti, aiutato da una suora che addormentava i pazienti con l'etere nel gocciaiatore. Invece per le tonsille arrivava l'otorinolaringoiatra da Reggio Emilia. Mentre le madri tenevano fermi i figli, con una pinza le strappava senza anestesia. Al vedere il fiotto di sangue che schizzava dalla gola, svenni».

Chi erano «Chiara e Gao che non ci sono più», ai quali dedica «Mal d'alcol»?

«Un'amica e suo figlio. Al marito trapiantai il fegato, invano. Gao fu colpito da tumore al cervello. Chiara lo fece curare a San Francisco. Tornarono dopo due anni: non vi era più nulla da fare. Un giorno ricevetti una mail: "Ciao Lura, grazie di tutto". Corsi a casa loro. Lì trovai distesi nel letto, vestiti con tuniche bianche. La mamma stringeva la mano del figlio ucciso dal cancro. Si era suicidata per stargli accanto anche nell'eternità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Chi è

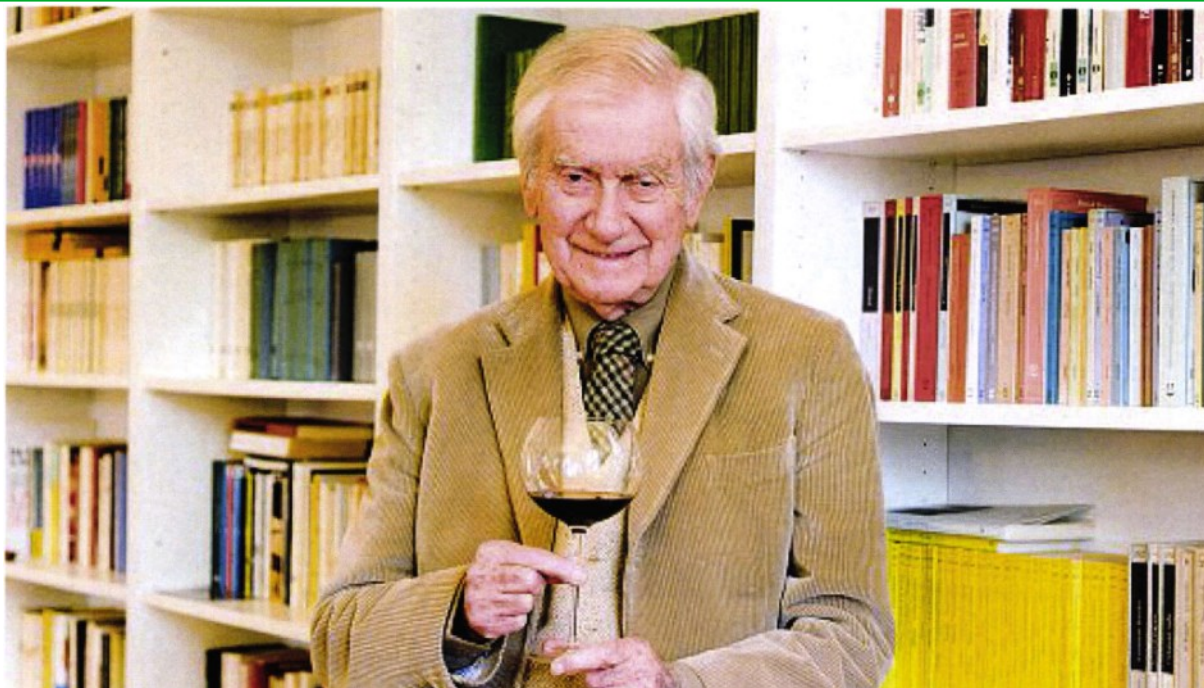
● Luigi Rainero Fassati nasce a Milano il 24 marzo 1936. Laureato nel 1961, ha per maestro Thomas Earl Starzl, autore del primo trapianto di fegato

● Dal 1999 al 2006 è ordinario di Chirurgia alla Statale di Milano e direttore del dipartimento di chirurgia e trapianti del Policlinico, comprendente una decina di primari e un centinaio di chirurghi

● Secondo in famiglia, dopo il padre laureato in Agraria, a lavorare: i nobili lo consideravano un disonore. Appartiene al suo casato il castello duecentesco di Passirano, in Franciacorta

● Autore di oltre 300 pubblicazioni scientifiche e di una dozzina di libri, tra i quali «Avanti un altro» (premio

selezione Bancarella 1979), «Un tempo per guarire» e «Il testamento del conte Inverardi» (con lo pseudonimo di Luigi Valloncini Landi)



Luminare
Il professor
Luigi Rainero
Fassati,
84 anni a
marzo,
astemio,
ammette
poco vino solo
ai pasti
(foto: Daniela
Pellegrini)
Sotto, con la
sua équipe in
sala operatoria



Il nuovo virus in Cina Quali rischi corre l'Italia



Domande e risposte

di **Margherita De Bac**

1 Come possiamo classificare il nuovo virus responsabile del focolaio di polmoniti nella regione di Wuhan?

È un virus appartenente alla famiglia dei coronavirus che possono causare sintomi respiratori a volte anche gravi. Il nuovo Coronavirus (nCoV) è simile al virus della Sars (sindrome respiratoria acuta grave), che tra il 2002 e 2003 seminò 8 mila contagi e 775 morti, e la Mers (sindrome respiratoria medio orientale) che dal 2012 al 2019 ha contato 2.500 casi e 858 morti in prevalenza nella penisola arabica. I coronavirus sono così chiamati per la caratteristica forma a coroncina visibile al microscopio. Sono molto frequenti in natura, colpiscono uomini e animali e sono ben conosciuti dai ricercatori. L'ultimo arrivato è diverso dal punto di vista genetico. I coronavirus vengono veicolati all'uomo da ospiti intermedi che per la Mers sono stati i cammelli, per la Sars forse lo zibetto. Finora il nuovo virus è stato ritenuto responsabile di 42 casi confermati e due morti.

2 Come ha avuto origine il focolaio?

Il punto di partenza è stato identificato nel mercato del pesce e di altri animali vivi di

Wuhan, il primo paziente è stato segnalato all'Organizzazione mondiale della Sanità il 31 dicembre. Il 9 gennaio il laboratorio della stessa città cinese, di livello 4 per sicurezza biologica, ha pubblicato parte della sequenza genomica del virus confermandone la familiarità con Sars/Mers. Altre due infezioni sono state accertate in Thailandia e una in Giappone su cittadini di ritorno dalla zona colpita.

3 Ci sono pericoli per l'Italia?

Secondo il centro di controllo per le malattie infettive europeo, il rischio di importazione e diffusione del nuovo virus in Europa è estremamente limitata e questo vale anche per l'Italia. La stessa agenzia però ricorda che è imminente la celebrazione del Nuovo Anno Cinese e che quindi aumenteranno gli spostamenti di viaggiatori all'interno della Cina e verso l'Europa. Gli Stati Uniti sono partiti con screening a tappeto sui passeggeri in arrivo da quella zona. Nel nostro continente la misura non è stata invece ritenuta necessaria, ma la sanità aerea di Fiumicino, come quelle di tutti i Paesi, ha attivato la sorveglianza sui passeggeri in arrivo col volo diretto Wuhan-Roma della China Southern Airline, trisettimanale. Non sono stati segnalati problemi. L'Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spal-

lanzani è pronto a mettere in atto tutte le procedure per eventuali emergenze compresi diagnosi e isolamento dei pazienti.

4 Quali sono i sintomi della malattia?

Sono sintomi tipicamente respiratori quindi febbre, tosse, raffreddore, mal di gola, grave affaticamento polmonare. Bisogna prendere in considerazione la possibilità di aver preso il virus solo se ci sono stati viaggi nella zona interessata dall'epidemia. La malattia si cura come i gravi casi di influenza con terapie di supporto, ma al contrario dell'influenza non sono disponibili farmaci specifici. Non è accertato che la malattia abbia una trasmissione interumana.

5 E in aereo?

In mancanza di ulteriori valutazioni, il rischio di contagio in aereo è considerato molto limitato. Se venisse individuato un passeggero con sintomi respiratori, le autorità sanitarie prendendo come riferimento la Sars raccomandano di rintracciare i vicini di posto della sua fila, delle due anteriori e delle due posteriori.

(Ha risposto per il Corriere Giuseppe Ippolito, direttore scientifico Istituto nazionale per le malattie infettive Lazzaro Spallanzani).

mdebac@corriere.it

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'emergenza

Cos'è

«2019-nCoV» è un nuovo coronavirus sequenziato nel gennaio 2020 dopo il test su un campione di paziente positivo

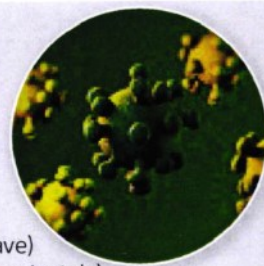
Le caratteristiche

È simile geneticamente

- alla Sars (Sindrome acuta respiratoria grave)
- e alla Mers (Sindrome respiratoria medio-orientale)

I sintomi

- febbre **90%** dei casi
- affaticamento 80%
- tosse secca 80%
- difficoltà respiratoria 15%



Il bilancio (al 19 gennaio 2020)

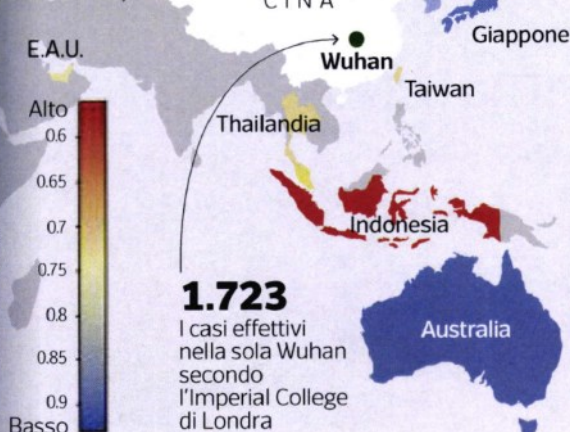
	Casi segnalati	Morti
■ Cina	62	• 2
■ Thailandia	• 2	-
■ Giappone	• 1	-

Fonti: Cdc, Oms, Imperial College, Journal of Travel Medicine

INDICE DI VULNERABILITÀ DELLE MALATTIE INFETTIVE

Le aree più esposte

(sulla base dei voli diretti con Wuhan)



Il bilancio

A Wuhan altri diciassette casi Stop agli assembramenti pubblici

La Cina riferisce di 17 nuovi casi del misterioso virus simile alla Sars, aumentando le paure in vista delle vacanze del Capodanno lunare quando centinaia di milioni di persone si sposteranno. Il virus sta causando allarme per la sua connessione con la Sindrome respiratoria acuta grave (Sars), che ha ucciso quasi 650 persone in Cina e a Hong Kong nel 2002-2003. Dei 17 nuovi casi nella città centrale di Wuhan — ritenuta l'epicentro — tre sono descritti come «gravi». Le autorità del capoluogo della provincia orientale di Hubei hanno annunciato un giro di vite sugli assembramenti pubblici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

TRAPPOLA FISCALE

Tasse, rimborsi a rischio

Dal 1° gennaio non sono detraibili spese in contanti Sanità, casa e scuola: ecco come salvarsi dalla stretta

Gian Maria De Francesco

■ Dal primo gennaio i contribuenti che vogliono beneficiare della detrazione del 19% sull'imponibile Irpef per una serie di spese sostenute, in primis quelle mediche e sanitarie, sono obbligati a utilizzare strumenti di pagamen-

to tracciabili. Occorre prestare molta attenzione perché questa misura può far perdere sconti fiscali. Si stima in 496 milioni di euro la minor spesa che lo Stato sosterrà per i rimborsi a causa della distrazione dell'italiano medio.

a pagina 8

Ecco come sfuggire alla stretta del governo sulle detrazioni Irpef

Con lo stop al contante taglio di 500 milioni ai rimborsi. Tenendo gli scontrini ci si salva

IL CASO

di **Gian Maria De Francesco**
Roma

Dal primo gennaio scorso i contribuenti che vogliono beneficiare della detrazione del 19% sull'imponibile Irpef per una serie di spese sostenute, in primis quelle mediche e sanitarie, sono obbligati a utilizzare strumenti di pagamento tracciabili. Occorre prestare molta attenzione perché questa misura, introdotta a scopo anti-evasione, può far perdere sconti fiscali sostanziosi. Tant'è vero che la legge di Bilancio stima in 496 milioni di euro la minor spesa che lo Stato sosterrà per i rimborsi a causa della distrazione dell'italiano medio. È necessario, perciò, un piccolo vademecum.

STRUMENTI TRACCIABILI

In questa categoria rientrano i bonifici bancari e postali, gli assegni bancari e circolari

nonché le carte di credito, di debito e prepagate. Se si tiene allo sconto, conviene abbandonare il contante.

SCONTRINI E RICEVUTE

Anche se in alcuni casi le fatture o le ricevute indicano la modalità di saldo, è sempre bene conservare lo scontrino del bancomat, la ricevuta del bonifico e il talloncino dell'assegno. Sarà opportuno allegarli al 730 nel 2021 e, comunque, conservarli per 5 anni in caso di verifiche dell'Agenzia delle Entrate.

IN FARMACIA

La disposizione della manovra non si applica alle detrazioni spettanti in relazione alle spese sostenute per l'acquisto di medicinali e di dispositivi medici. Al Fisco i dati tracciati arriveranno tramite scontrino parlante associato alla tessera sanitaria per la predisposizione della dichiarazione precompilata. Quindi, mai dimenticare il proprio tesserino. Senza co-

dice fiscale non si può mai detrarre la spesa.

DAL MEDICO

Si potranno continuare a pagare in contanti le prestazioni sanitarie rese dalle strutture pubbliche o da strutture private accreditate al Servizio sanitario nazionale. Il motivo è sempre il medesimo: si tratta di istituzioni che trasmettono in automatico i dati al Fisco. Lo stesso obbligo pertiene anche alle strutture privati, tanto specialisti quanto ospedali, ma coloro che vi si rivolgono devono comunque pagare con assegno, bonifico o altri strumenti elettronici.



GLI ASSICURATI

Coloro che hanno stipulato una polizza sanitaria o sono iscritti a casse assistenziali o mutue possono detrarre le spese sanitarie parzialmente se il versamento annuo è superiore a 3.615 euro (1.291,14 euro per le società di mutuo soccorso). Quindi se il rimborso delle spese sostenute presso una struttura privata non è stato totale, occorre pagare con metodo tracciabile per avere soddisfazione nella dichiarazione dei redditi. Questo vale ancor di più se il premio pagato per la polizza non è detraibile. In quel caso le spese sanitarie si possono detrarre integralmente ancorché rimborsate.

CASA E SCUOLA

Dovrà essere tracciabile pure una serie di spese per le quali comunemente si cerca di usufruire di detrazione. In primis gli abbonamenti al trasporto pubblico, le spese di istruzione per i ragazzi, le spese per le attività sportive, gli affitti degli universitari fuori sede, l'agenzia immobiliare per l'acquisto di casa e anche le spese funebri. Al nuovo regime saranno soggette anche le spese veterinarie, quelle per l'assistenza personale, i premi delle polizze vita, le erogazioni liberali e le spese funebri. Se si paga in contanti, il dolore raddoppia.

496

In milioni di euro la minore spesa per i rimborsi fiscali che il governo ha stimato con l'obbligo di tracciabilità

3.615

In euro la soglia per premi assicurativi o contributi alle mutue sopra la quale si ha ancora diritto agli sconti

SANITÀKO Disagio mentale e relazioni

Social point: la psiche si cura con gli altri

» CHIARA DAINA

Duecentonovantotto utenti. Oltre cento associazioni culturali. Settecentonovantasei percorsi attivati, dal corso di cucina, di computer, di canto, giornalismo, fotografia, sartoria, alle camminate, gite e serate insieme. Sono i numeri di *Social point*, un progetto del 2011 coordinato dal dipartimento di Salute mentale dell'Ausl di Modena, per promuovere l'inclusione sociale delle persone con disagio psichico. Le attività offerte dalla comunità sono aperte a tutti i cittadini. Il concetto su cui si basa *Social point* è che l'intervento psichiatrico non può limitarsi al contenimento dei sintomi, deve anche restituire all'utente la dimensione di una vita ordinaria. Ecco allora che le relazioni sociali diventano il miglior farmaco per gestire il disagio mentale. Uno studio del 2018 curato dal Dsm modenese su 30 soggetti che hanno completato il percorso confrontati con un altro gruppo in attesa per il *Social point*, ha dimostrato che i primi hanno migliorato significativamente i loro comportamenti sociali e durante il periodo di osservazione hanno subito meno ricoveri in ospedale rispetto agli altri.



Impressionanti i numeri dei Tso

Ogni anno 8mila italiani ricoverati perché pazzi

Le impressionanti cifre dei trattamenti sanitari obbligatori

Ottomila all'anno: l'Italia degli squilibrati da Tso

I ricoveri coatti per disturbi psichici sono in calo, ma sempre tantissimi. In Sicilia, Lombardia ed Emilia Romagna i più numerosi

MASSIMO SANVITO

C'è il ragazzo schizofrenico che urla frasi sconnesse in preda alle allucinazioni. Si sveglia tutto il condominio per il gran baccano, ma i suoi genitori - che ne

hanno passate di cotte e di crude - sanno come muoversi rapidamente in queste circostanze. Chiamano lo psichiatra che da anni segue il figlio e aspettano che il sindaco emani l'ordinanza di trattamento sanitario obbligatorio (Tso). C'è anche il tossicodipendente con problemi psichici che esce di testa perché in crisi d'astinenza. Cerca la droga in ogni cassetto, sbraitava, delira. Rischia di diventare violento con chiunque gli capiti a tiro e l'unica soluzione diventa il ricovero coatto.

Poi c'è anche la ragazzina che convive da tempo con gravi disturbi dell'umore e decide di farla finita. Minaccia il suicidio, non vuole parlare con nessuno e si rifiuta pure di bere e mangiare. Viene caricata sull'ambulanza e portata in ospedale: la famiglia, nonostante la situazione complicata, può tirare un sospiro di sollievo.

REGIONE PER REGIONE

I "matti da legare", in Italia, diminuiscono anno dopo anno, ma restano comunque tanti. Stando ai dati del ministero della Salute, nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono state 8.476 le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio. In cima al podio delle

regioni col più alto numero di ricoveri c'è la Sicilia (1.264), seguita dalla Lombardia (1.011) e dall'Emilia-Romagna (950). A parte le province autonome di Trento e Bolzano e le regioni più piccole, Liguria e Toscana sono quelle che fanno registrare meno casi: rispettivamente 226 e 230. Certo, nel 2010 i ricoveri furono 10.812 e il calo è evidente. Ma ciò non significa che le patologie mentali siano destinate a scomparire, semplicemente col passare degli anni i territori riescono a prevenire le situazioni più urgenti e soprattutto si tende a ricorrere sempre meno al Tso. Ovviamente questo è positivo perché significa che i pazienti psichiatrici sono più seguiti e quindi meno soggetti a complicazioni. Ma non sempre è così.

GLI SVANTAGGI

«La tendenza a ricorrere sempre meno ai trattamenti può anche presentare degli svantaggi. Spesso si rischia di non intervenire in casi gravi che in seguito, dopo 10/15 giorni, presentano dei peggioramenti. I recenti tragici episodi hanno spinto gli psichiatri a essere più attenti, mentre in passato si applicava il Tso più facilmente perché era visto come una sorta di garanzia per il paziente», spiega Enrico Zalanda, presidente della Società Italiana di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Salute Mentale Asl Torino 3.

Ma come funziona il trattamento sanitario obbliga-

torio? La legge del '78 prevede innanzitutto che ci sia una condizione patologica grave che richieda un intervento urgente e che questo venga rifiutato dal paziente. E se non ci sono altre possibilità terapeutiche, allora si ricorre al ricovero coatto in ospedale contro la sua volontà. Sono necessarie due certificazioni mediche, la prima di un dottore qualsiasi e la seconda di convalida generalmente di uno psichiatra dell'Asl. Poi tocca al sindaco firmare l'ordinanza per il via libera al trattamento sanitario.

I "matti" vengono quindi portati nei reparti di psichiatria e lì ci rimangono - senza poter uscire - per sette giorni, a meno che sia necessario prolungare il Tso con un nuovo provvedimento del primo cittadino o che il paziente vada dimesso in anticipo. «Principalmente si tratta di persone di sesso maschile, dal punto di vista psicopatologico facilmente maniacali, con scompensi psicotici e che associano sostanze stupefacenti ai problemi psichici. In ospedale si procede con la diagnosi e parte la terapia.

Se il paziente è agitato viene sedato e in casi estremi è necessario anche l'intervento dell'anestesista per la



somministrazione dei farmaci. Una volta che torna in grado di relazionarsi con gli altri, si parla, ci si confronta e si comincia a capire il perché dell'intervento», spiega ancora il professor Zalanda.

EPISODI TRAGICI

Nel corso degli anni non sono mancati episodi tragici e controversi. I rischi, inutile negarlo, esistono. Soprattutto quando si deve ricorrere alla forza per caricare in ambulanza persone in condizioni di salute non ottimali che non ne vogliono minimamente sapere di farsi curare. Spesso intervengono le forze dell'ordine e può capitare che qualcosa che vada storto, anche se - è bene sottolinearlo - si tratta della stragrande minoranza dei casi.

Nel maggio del 2018, tre agenti della Polizia Municipale di Torino e uno psichiatra sono stati condannati a un anno e otto mesi di carcere per la morte di Andrea Soldi in seguito a un trattamento sanitario obbligatorio. Fu stretto al petto e ammanettato su una barella a pancia in giù nonostante fosse sovrappeso e non riuscisse a respirare bene. All'ospedale Sant'Arsenio di Polla (Salerno), invece, si trattò unicamente di malpractice medica: troppi i neurolettici somministrati a Massimiliano Scalzone che morì dopo dodici giorni di ricovero.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La scheda

CHE COS'È IL TSO

■ Con "trattamento sanitario obbligatorio" (spesso abbreviato in Tso) si intendono determinate procedure sanitarie - regolate e con specifiche tutele garantite dalla legge - che possono essere applicate, in caso di motivata necessità e urgenza clinica, in conseguenza al rifiuto al ricovero e al conseguente trattamento medico specialistico da parte di un soggetto che soffre di una grave patologia psichiatrica non altrimenti gestibile, a tutela della sua salute e sicurezza e della salute pubblica.

I DATI DEL MINISTERO

■ Secondo i dati forniti dal ministero della Salute, nel 2017 (ultimo dato disponibile) sono state 8.476 le persone sottoposte a trattamento sanitario obbligatorio. In cima al podio delle regioni col più alto numero di ricoveri c'è la Sicilia (1.264), seguita dalla Lombardia (1.011) e dall'Emilia-Romagna (950). Liguria e Toscana sono invece quelle che fanno registrare meno casi: rispettivamente 226 e 230. In ogni caso, i ricoveri sono in calo: nel 2010 furono 10.812.

Manca la legge sul fine vita ma negli ospedali è realtà

LA SEDAZIONE IN AUMENTO PER I CASI PARTICOLARMENTE GRAVI, I MALATI TERMINALI IN ITALIA SONO 400-500 MILA

IL FOCUS

MILANO L'annuncio del portiere di calcio pugliese Giovanni Custodero, morto a 27 anni, è arrivato come un fulmine: «Domani mi faccio addormentare». E detta così, fa notare Italo Penco, presidente della Società italiana cure palliative, sembra la decisione improvvisa «presa da una persona lucida, mentre il giovane era malato di sarcoma e pativa dolori che non riusciva più a sopportare». La sedazione profonda è solo una parte del percorso di cure palliative ed è «una pratica necessaria quando non ci sono altre possibilità», ma non centra nulla con l'eutanasia: «Non è un atto che provoca la morte, ma la somministrazione di farmaci che consentono al paziente di perdere coscienza del dolore».

MALATI CRONICI IN AUMENTO

È l'altra strada del fine vita, un percorso che compiono sempre più persone: in Italia i malati terminali sono ogni anno 400-500 mila, numero in progresso per effetto della crescita delle demenze senili. Già nel 2017 l'Organizzazione mondiale della sanità sottolineava come «la necessità di cure palliative non è mai stata così grande, in relazione all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle malattie croniche e degenerative». C'è una legge, la 38 del 2010, che ne fissa le regole eppure ben due cittadini su tre la ignora e gli hospice sono ancora pochi, circa 230. Obiettivo di queste cure - il cui nome deriva dal latino pallium, mantello che scalda e protegge - è cancellare la sofferenza e dare dignità alla morte. «La sedazione profonda è una procedura che può essere messa in atto su persone che hanno

una malattia in fase terminale, laddove vi sia un sintomo refrattario a tutti gli altri trattamenti di tipo palliativo», spiega Luigi Riccioni, anestesista e responsabile del comitato etico del Siae. Non aiuta solo chi soffre dolori intollerabili, «ma anche chi patisce per altri sintomi, come ad esempio la fame d'aria». E «non è finalizzata ad abbreviare la vita, anzi spesso la sedazione profonda non solo non determina la morte, ma anzi prolunga la vita di qualche ora o qualche giorno». Non è un'iniezione letale, sottolinea Riccioni, eppure «alcuni medici mostrano ancora alcuni timori a ricorrervi, perché viene praticata con farmaci che solo gli anestesisti sono abituati a utilizzare e c'è la paura che possa essere confusa con l'eutanasia».

ULTIME VOLONTA'

Prima dell'entrata in vigore della legge 219/2017 sul biotestamento, non tutti i medici erano convinti della possibilità di operare la sedazione profonda. Con questa norma è stata data la possibilità al malato di rifiutare o sospendere qualsiasi terapia, comprese quelle che possono salvargli la vita. Ma spesso la morte, con il rifiuto dei trattamenti, è lenta e dolorosa e qui interviene l'addormentamento.

Con le disposizioni anticipate di trattamento (Dat), ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere può consegnare ai medici un foglio nel quale indica gli interventi che, in futuro, intende accettare o rifiutare in caso di malattia irreversibile. Con sentenza 242/2019 la Corte costituzionale, pronunciandosi sul caso di Marco Cappato che ha aiutato Dj Fabo a morire in Svizzera, ha riconosciuto anche il diritto al suicidio medicalmente assistito per malati in piena lucidità, con patologia irreversibile, insopportabili sofferenze fisiche o psichiche e tenuti in vita da macchine. Ma una legge, nonostante le sollecitazioni dei magistrati, non c'è ancora.

Claudia Guasco

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il dibattito sul fine vita

**La moglie di Anastasi
«I medici ci hanno
guidato alla sedazione»**

Claudia Guasco

«**V**oleva andare in Svizzera come Dj Fabo, porre fine alle sue sofferenze con il suicidio assistito. Poi si è presentata la possibilità della seda-

zione profonda». Anna Bianchi è la moglie di Pietro Anastasi, il centravanti morto a 71 anni in un hospice di Varese. Manca una legge sul fine vita ma gli ospedali si attivano. *A pag. 13*

“ L'intervista Anna Bianchi, moglie di Anastasi

«Pietro ha ascoltato i medici e deciso di non svegliarsi più»

►«È arrivata una dottoressa, persona splendida ►«L'ho pregato ma non ha voluto aspettare e gli ha proposto la sedazione con una puntura» **Bellissime le sue ultime parole d'amore»**



**QUANDO GLI HANNO
DIAGNOSTICATO LA SLA
NON HO AVUTO IL
CORAGGIO DI DIRGLIELO,
LUI AVEVA IN MENTE
BORGONOVO**

Voleva andare in Svizzera come Dj Fabo, porre fine alle sue sofferenze con il suicidio assistito. «Me lo chiedeva quando era già malato, ma non sapeva ancora di avere la Sla: «Mi devi promettere che mi fai morire», mi ripeteva. E io gli dicevo: «Stai tranquillo». Se non ci fosse stata la possibilità della sedazione profonda non so proprio cosa avrei fatto». Anna Bianchi è la moglie di Pietro Anastasi, il centravanti morto a 71 anni in un hospice di Varese dove si è fatto addormentare. Cinquant'anni di matrimonio e «insieme da 53», due figli, Anna Bianchi si sente «in una bolla di sapone» dopo gli ultimi mesi durissimi. Finiti di colpo giovedì scorso quando Anastasi ha deciso di entrare in ospedale e di ricorrere alla sedazione profonda.

L'ultimo atto di una storia di dolore.
«Tutto è cominciato a febbraio di tre anni fa. Mio marito aveva un problema alla mano destra, non

riusciva a impugnare bene la forchetta. Così siamo andati in ospedale e ci hanno detto che era meglio ricoverarlo, fare tutti gli esami. Hanno scoperto che aveva un tumore all'intestino e la Sla. È stato operato subito per il tumore e sottoposto alla chemioterapia, riuscendo a sconfiggerlo. Ma io ho deciso di non dirgli niente della Sla. I miei figli si fidano di me, erano d'accordo».

Una scelta difficile.

«Sì. Ho preferito che non sapesse nulla per proteggerlo. Lui aveva sempre in mente Stefano Borgonovo, morto nel 2013 proprio a causa della Sla. Quando si parlava della malattia lui citava sempre la storia di Borgonovo e io, ricordandomi di questo, non volevo farlo stare male. Finché non si sono manifestati segni evidenti, stavo zitta».

Poi la situazione è precipitata

«Era sempre peggio: «Anna, faccio fatica a camminare, a respirare, a muovere le mani e le braccia». Io lo aiutavo, cercando di non fargli pesare nulla per non preoccuparlo, minimizzando, come se fosse stato un male passeggero. Pietro ha voluto che licenziassi una signora che ci aiutava, perché non voleva che lo vedesse in quelle condizioni. Arrivati a quel punto, però, anche lui aveva capito. Muoversi diventava sempre più difficile, qualsiasi minimo gesto quotidiano si trasformava in un'impresa insormontabile. Finché un giorno, tre mesi

fa, l'ho guardato negli occhi e gli ho detto: «Sai cos'hai?». E lui mi ha risposto: «Sì, ho la Sla». Ed è rimasto a lungo in silenzio».

A quel punto sono subentrato le cure palliative.

«L'ospedale mi telefonava tutti i sabati per chiedermi come andava, poi negli ultimi due mesi i medici venivano due volte alla settimana. Da quel momento la situazione si è aggravata, non riusciva più a muoversi, respirava a fatica e si aiutava con una macchina».

Era allo stremo delle forze.

«Ha resistito fino a che ha potuto, la scorsa settimana ha ceduto. «Facciamoci ricoverare in una struttura io e te», mi ha proposto. Da solo senza di me non avrebbe accettato di andare da nessuna parte. E così mercoledì siamo entrati in questo hospice a Varese. Avevamo un mini alloggio tutto per noi, con due letti, un divano e la cucina. A pranzo ha mangiato, uno dei tanti problemi per lui era proprio quello di nutrirsi. Aveva rinunciato all'accanimento terapeutico, scrivendo su un foglio che rifiutava di essere rianimato.»



Ha anche rifiutato la tracheotomia alla quale gli avevano consigliato di sottoporsi. Quindi è arrivata una dottoressa, una persona davvero splendida, ha parlato con mio marito e gli ha prospettato la sedazione con una puntura. Si sarebbe addormentato e non si sarebbe mai più svegliato. È andata proprio così ed è avvenuto tutto molto rapidamente».

Lei era lì accanto?

«C'eravamo io e mio figlio. "Mi faccio sedare", ci ha comunicato. «No, aspetta», l'ho pregato. Ma aveva deciso. Ha salutato l'altro nostro figlio che sta in America, chiamandolo via Skype, e alle sette di sera si è addormentato. Alle dieci e mezza era morto. Questa è una cosa che si fa solo se ci si ama e prima di morire mio marito mi ha detto delle parole bellissime. Parole d'amore».

C.Gu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

L'aiuto al suicidio

Casi in cui non è punibile secondo la Corte Costituzionale (sentenza di settembre 2019, in attesa di nuova legge)

QUANDO SIA CHIESTO DA UNA PERSONA



Affetta da patologia irreversibile, fonte di intollerabili sofferenze fisiche o psicologiche



Tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale (es.: idratazione e alimentazione artificiale)



Ancora capace di prendere decisioni libere e consapevoli

CONDIZIONI



1 Parere del comitato etico territoriale



2 Verifica di una struttura pubblica (SSN)



3 Procedura affidata a medici

Queste procedure **non valgono per i fatti del passato** (es. DJ Fabo): occorre verificare che siano state date **garanzie equivalenti**

centimetri



Nella foto Pietro Anastasi, oggi i funerali che si terranno a Varese

L'EDITORIALE

di Roberto Napolitano

INTOLLERABILE

Che cosa può consentire che un cittadino campano riceva per la sanità pubblica 1.729 euro, un cittadino ligure 2.062 e uno trentino 2.206 per non parlare di Bolzano dove gli euro sono 2.363? Quale ragione divina, terrena, logico-deduttiva può stabilire che al Nord vada il 42% del totale delle risorse finanziarie per la sanità e all'intero Mezzogiorno poco più della metà e, cioè, il 23%? Perché l'Emilia-Romagna ha ricevuto in tredici anni 3 miliardi in più, a sostanziale parità di popolazione, rispetto alla Puglia? È vero o no che, pur partendo da una situazione di vantaggio tanto indubbia quanto ingiustificata, sei Regioni del Nord hanno visto aumentare in cinque anni la loro quota di finanziamenti pubblici mediamente del 2,36% con un ritmo di crescita di due/terzi di punto in più delle Regioni meridionali?

Abbiate pazienza: ma che Paese è quello che abolisce di fatto il servizio sanitario nazionale, adotta criteri di ripartizione dei trasferimenti che aiutano smaccatamente le Regioni in partenza più ricche e meno bisognose? Che arriva, addirittura, a concepire che questo indebito privilegio iniziale cresca automaticamente negli anni aumentando lo squilibrio tra territori "fabbricando" cittadini di serie A e cittadini di serie B e facendo tutto ciò, per di più, in debito? Per capirci: caricando, cioè, sulle spalle di tutti gli italiani anche quelli sacrificati il "magna magna" del finanziamento pubblico ai privati della sanità dei ricchi elargito con criteri di comodo e fuori da ogni regola di equità e di efficienza.

Come si spiegherebbe, altrimenti, che a peggiorare i conti, aumentando il "rosso" nei bilanci della sanità italiana, sono proprio le Regioni del Nord? Il "Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica" approvato lo scorso maggio dalla Corte dei conti è inequivoco: l'aggravamento "va ricondotto soprattutto alle Regioni a statuto ordinario del Nord, che passano da un avanzo di 38,1 milioni del 2017 a un disavanzo di circa 89 milioni". I numeri sono sotto gli occhi di tutti: il Piemonte ha avuto un risultato negativo di 51,7 milioni; la Liguria ha coperto il disavanzo di 56,1 milioni con risorse iscritte nel bilancio 2019 per 60 milioni e perfino la Toscana, il cui sistema sanitario viene elogiato come esempio virtuoso, nel 2018 ha prodotto un passivo di 32 milioni circa.

Al Nord, ogni mille abitanti ci sono 12,1 dipendenti nel comparto sanità: medici e infermieri,

ma anche tecnici di laboratorio, amministrativi, operatori socio sanitari. Al Sud la media si abbassa drasticamente, sino a 9,2 dipendenti sempre ogni mille abitanti. Con punte di squilibrio che fanno accapponare la pelle come nel caso del Veneto, la Regione del "doge" Zaia che non fa altro che lamentarsi, dove i dipendenti sanitari non medici sono 16mila in più di quelli della Campania nonostante un milione di abitanti in meno.

Tutto ciò, sia chiaro, delinea una responsabilità enorme della classe dirigente meridionale che non ha saputo difendere i suoi diritti e che ha reagito a volte tardi e male all'esigenza di riorganizzarsi, ma qualsiasi valutazione presente e futura deve partire da questi numeri-verità e dalla straordinaria forza delle tante eccellenze sanitarie meridionali costrette a fare le nozze con i fichi secchi. Nulla può più consentire che ci siano territori meridionali sempre più vasti e diffusi in cui è pericoloso ammalarsi perché hanno chiuso gli ospedali e non sono state date le risorse minime per avviare una riorganizzazione dei servizi e alternative all'altezza. Sono vergogne italiane non più tollerabili. Soprattutto, se si pensa che quelle stesse risorse negate al Sud sono state regalate al Nord per fare nuovi debiti e nuovi buchi. Disgustoso.



L'INCHIESTA / PERCHÉ È DIFFICILE CURARSI NEL MEZZOGIORNO

Sanità al Sud, eccellenze ma pochi soldi

Le Regioni del Nord assorbono il 42% del fondo nazionale a discapito del Meridione che riceve poco più della metà, il 23%. Specialisti e pazienti costretti a scappare altrove. Il 60% degli specializzandi si rende conto che è meglio emigrare. Dove vogliamo arrivare?

di ANGELA RIZZICA a pagina II

UNA FERITA APERTA

I soldi vanno tutti al Nord In fuga specialisti e pazienti

di ANGELA RIZZICA

Le persone, in generale, hanno paura di ammalarsi. Rientra nello spirito di autoconservazione dell'essere umano, nella sua perenne propensione alla sopravvivenza. Certo è che, al Sud, gli italiani hanno ancora più paura di ammalarsi. È una mossa sempre facile quella di gridare alla "malasanità": i medici, al giorno d'oggi, sono il capro espiatorio perfetto per nascondere la mala gestione della cosa pubblica. Vengono perennemente messi alla berlina dai media, trascinati in tribunale con una frequenza tale da poter prendere la laurea ad honorem in giurisprudenza e, perché no, picchiati anche dai pazienti. Certo, solo quelli del Mezzogiorno. I medici al Nord sono preparatissimi, non meritano un trattamento simile. O almeno così dicono anche se la realtà dei fatti è, a ben vedere, un'altra: al Sud, la tanto famosa malasanità non dipende dalla preparazione dei medici ma dagli investimenti scarsi, se non scarsissimi, che vengono fatti in quest'ambito.

Secondo la Corte dei Conti, nel 2017, le Regioni del Nord hanno assorbito ben il 42% del fondo sanitario nazionale

a discapito del Centro e del Sud che hanno potuto contare, rispettivamente, solo sul 20% e sul 23% delle risorse messe a disposizione. Già partendo da un dato del genere, è semplice comprendere come la preparazione del personale sanitario svolga un ruolo marginale nei tanti denunciati (e pochi acclarati) casi di malpractice medica, non fosse altro perché anche un professionista diligente ed egregiamente formato si troverebbe in seria difficoltà a fronteggiare una qualsiasi emergenza con delle risorse così esigue. Il danno che ne deriva è incalcolabile: il rapporto SVIMEZ 2019 ("Associazione per lo sviluppo dell'industria nel Mezzogiorno", n.d.r.) ha diffuso dati decisamente allarmanti in merito all'emigrazione ospedaliera dal Sud verso il Centro-Nord. Nel Mezzogiorno, infatti, circa il 10% del totale dei residenti ricoverati per interventi chirurgici acuti emigra a causa di un basso tasso di gradimento dei servizi sanitari che, almeno in parte, dipende da una minore dotazione di posti negli istituti di cura meridionali. I posti letto in degenza ordinaria, nel 2016, erano infatti 2,82 per 1.000 abitanti a fronte dei 3,18; 3,37 nel Centro-Nord. La fuga non riguarda solo i pazienti ma an-

che gli stessi medici o futuri tali, atteso che le stime variano da 1.300 a 3.323 chirurghi in meno nel 2025 rispetto all'effettivo fabbisogno a causa dell'insoddisfazione generale nella professione. A dircelo, non un passaparola su internet o una bufala da tastiera ma il questionario sottoposto agli specializzandi in chirurgia di Tor Vergata. I risultati del test sono stati presentati a Bologna al 121° Congresso della Società italiana di Chirurgia: il 60% degli specializzandi per l'anno 2018/2019 intende emigrare all'estero a fronte di un magro 10% che si dice sicuro di rimanere in Italia. Sulle denunce di malpractice, invece, i giovani studenti si muovono come un sol uomo: l'80% si dice preoccupato per il numero crescente di cause di responsabilità professionale. Così, diventano 1.500 i medici che, ogni anno, abbandonano l'Italia.

Quindi, la "malasanità",



spesso, non ha nulla a che vedere con la bravura dei nostri professionisti che, infatti, sono prede ambitissime in Germania, Olanda, Inghilterra, Danimarca e Francia. Questi Paesi, consci dell'altissima preparazione dei nostri professionisti, danno letteralmente la "caccia" ai nostri giovani (e non solo) con offerte di lavoro e di carriera che in Italia sono solo visioni oniriche. Nel frattempo, al Sud, sono a rischio chiusura molte sale operatorie degli ospedali. Quindi, non già medici di serie A e di serie B, bensì pazienti di diversa classe di merito che vedono quotidianamente compresso indebitamente il loro diritto alla salute e patiscono una diversità di trattamento inescusabile.

È forse giunta l'ora che i media, in primis, e a seguire la classe politica mettano un freno all'immeritata diffidenza che hanno causato e alimentato negli anni nei confronti dei sanitari del Centro e del Sud. È forse giunta l'ora che venga restituita la voce alla sanità del Meridione e ai suoi operatori i quali, da tempo, subiscono la pubblica gogna, le accuse, le cause e finanche le aggressioni mentre proprio quei sanitari, con uno stoicismo raro, tentano di continuare ad assicurare quel minimo di assistenza che per primo lo Stato non si cura di garantire, gestendo turni massacranti anche se prossimi al pensionamento. È forse giunta l'ora che le risorse vengano equamente ripartite tra Regioni settentrionali e Regioni Meridionali. Al Sud non si muore di malasanità, si muore di indifferenza e di discriminazione.

LO SPECIALIZZANDO EMIGRATO

«La mente da sola non basta se non puoi avere le strutture»

di GILDA FRANCESCA DE ROSE

È tristemente vero e palese che affrontando un tema di “sanità” possano emergere delle discrepanze tra nord e sud. Viviamo in un'epoca in cui la mala sanità fa da padrona ma la beffa è che una “buona sanità” viene poi fatta da menti nate del sud Italia. Si verifica una sorta di emigrazione al Nord per esigenze, per necessità, per strutture a disposizione e quant'altro per poi scoprire che il personale eccellente spesso è originario del nostro sud. Oggi intervistiamo Andrea Lavorato, specializzando al quarto anno in Neurochirurgia all'università degli studi di Torino.

Ciao Andrea, per iniziare raccontaci un po' del tuo percorso.

Io nasco e cresco a Cosenza. Ho studiato in città fino al quinto liceo per poi trasferirmi a Roma all'Università di Tor vergata per studiare medicina. Laureato con 110 e lode ho poi fatto il concorso di specializzazione nazionale mettendo come prima scelta Neurochirurgia a Torino. È stato un salto nel vuoto perché non ero mai stato a Torino ma la facoltà rispecchiava le mie ambizioni. Mi occupo della patologia del periferico che, in realtà, viene trattata in pochissimi centri italiani. Ha del potenziale elevato sia per il recupero delle funzioni motorie sia per il recupero di funzionalità neurovegetative.

Difficile ambientarsi al nord?

A Torino, quindi Nord Italia puro, è raro trovare un torinese d'origine. Molti sono originari del sud. Non ho avuto difficoltà, anzi. Purtroppo, sono una persona che si è dovuta allontanare dalla propria città per poter fare quello che gli piaceva fare sia all'università che nella vita. Questa cosa è molto triste ma purtroppo è così: è reale.

Parlaci dell'operazione che hai eseguito sul paziente tetraplegico, notizia che ha avuto un'elevata rilevanza mediatica.

L'intervento ha avuto un'eco mediatica inaspettata perché è passato il messaggio che fosse la prima volta. In realtà non è così: semplicemente è la prima volta che l'intervento è stato eseguito, contempo-

raneamente, su entrambi gli arti superiori del paziente tetraplegico. Altrimenti l'intervento viene fatto da anni in diversi centri in Italia. In un paziente mieloleso in cui i nervi praticamente non funzionano più perché perdono la possibilità di comunicare con la corteccia e, quindi, il paziente perde la possibilità di controllo volontario motorio abbiamo eseguito degli interventi di nerve transfer: abbiamo trasferito, cioè, dei nervi funzionanti che partono dal midollo sano cranialmente alla lesione midollare e si ricongiungono ai nervi (non più funzionanti) che invece partono da un livello inferiore rispetto alla lesione midollare. Questo intervento è stato fatto grazie alla collaborazione con gli specialisti nell'ambito della chirurgia della mano del CTO di Torino. In Italia è raro che qualcuno si occupi della patologia dei nervi periferici e non è così scontato che ad occuparsene sia un neurochirurgo perché spesso sono ortopedici, indirizzo chirurgo della mano, o chirurghi plastici. Quello che vorrei fare io è cercare di diventare autonomo nella gestione e nel trattamento di questi pazienti e di approfondire tutte le potenzialità di questa branca.

Credi sia possibile poter avere una buona sanità anche qui senza “far fuggire” i nostri cervelli? Secondo te cos'è che manca?

Certo, tutto è possibile! Non so esattamente il motivo per il quale non è così. Spesso succede che chi se ne va dal sud difficilmente ci voglia tornare perché è una realtà che non soddisfa a pieno la propria ambizione professionale. Più pensi in grande e più sai che al sud è difficile fare quel genere di cose. Onestamente non sono io che posso rispondere a questa domanda sulla buona sanità, perché non dipende dalle menti che vanno all'estero. Cos'è che manca? Possiamo parlare dei soliti cliché come la mentalità, i giusti finanziamenti nel posto giusto e le strutture. La mente da sola non può fare una buona sanità. Abbiamo bisogno anche di strutture.

I medici sono le risorse più importanti e meritano grandi investimenti su di loro.



LA PAROLA AI GIOVANI MEDICI

Sud penalizzato dall'assenza di Policlinici e centri specializzati

di **MARIA LETIZIA STANCATI**

La sanità è un argomento difficile e molto scivoloso specie trattandolo in relazione al Sud Italia, i cui luoghi comuni affollano l'immaginario comune e alimentano un'idea che spesso non coincide con la realtà. Le eccellenze ci sono, ma vengono offuscate dall'opinione pubblica e, motivazione decisamente più rilevante, dalla mancanza di strutture e fondi.

Ciò ha causato, inevitabilmente e come al solito, un esodo inesorabile a Nord, in cui si possono trovare più facilmente strutture adatte alle più diverse cure, come centri oncologici e specialistici.

Ad influire e pesare su questa situazione difficile, è la quasi totale assenza di facoltà di Medicina, che porta gli studenti ad una scelta orientata, per forza di cose, oltre i confini del Mezzogiorno. Per avere un quadro della situazione più chiaro ed esaustivo, mi sono rivolta a due giovani medici cosentini emigrati fuori dalla regione.

Il primo è Marco Stellato, laureato alla Sapienza, specializzando in oncologia al Campus Bio-Medico di Roma con un periodo di formazione extra struttura all'istituto nazionale tumori di Milano.

«La scelta di fare l'università fuori è stata spontanea, la Sapienza è un'ottima università che offre una formazione di un certo peso dal punto della medicina».

«Il policlinico - sottolinea - è molto grande, il terzo in Italia per posti letto, ed è un luogo in cui vedi davvero di tutto. A Cosenza non potevo rimanere e non ho pensato a rimanere a Catanzaro, senza nulla togliere alla facoltà di medicina che sta lì. Mi sono trasferito a 17 anni, ed è stata un'esperienza che mi ha formato in tutto, mi ha preparato al lavoro nell'ospedale pubblico».

«La realtà del Lazio - prosegue - benché molto difficile, permette tante cose che in alcune regioni non ci sono, a partire dalle opportunità per i giovani medici. Lavori spalla a spalla con delle eccellenze, e questo forma molto. Non ho mai lavorato in Calabria, ma è stato importante fare questa esperienza per il bagaglio che esporti quando,

qualora volessi, ritorni a casa o altrove. Da noi ci sono certamente bravi medici, ma non strutture del genere. Magari un giorno».

«Io ho continuato il mio percorso - conclude - nel luogo in cui avevo iniziato perché potevo lavorare in un centro ad altro volume, di eccellenza e in cui funziona tutto perfettamente.»

Il secondo giovane medico è Giuseppe Privitera, dottorando che si occupa di malattie croniche intestinali presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore, dove si è anche laureato.

«Il mio lavoro si basa sulle terapie biologiche, cioè la modulazione della risposta immunitaria attraverso l'utilizzo di farmaci biologici. Credo di aver scelto di studiare fuori per il prestigio della scuola di medicina, d'altro canto, hanno influito le possibilità post-lauream dopo aver scelto la branca in cui specializzarsi».

«Tante possibilità diverse - aggiunge - per il dopo, mentre il rischio che potresti correre rimanendo giù è di essere limitato nella scelta».

«Facciamo - spiega - l'esempio della Calabria: un solo policlinico universitario, che non può, per forza di cose, coprire tutte le necessità di giovane medico laureato. Un alto livello di specializzazione è legato alla presenza di policlinici universitari, ruota sempre tutto intorno a quello».

«Questo ti porta ad avere una gestione meno efficace - sottolinea - ad esempio, del trattamento di malattie croniche e questo non per una colpa intrinseca del policlinico di Catanzaro. Ci saranno certamente delle buone specialità per alcune cose, ma non per tutte. Basti pensare a Roma, in cui ci sono 4 policlinici».

«Essendoci al Sud pochi centri di ricerca - conclude - spesso la gestione specialistica non è possibile realizzarla su tutto. Io vivo in un ambiente di specialisti che si occupano di quella malattia, e la domanda che mi pongo, spesso, è: posso ritornare giù dove certe realtà non esistono, importando, da solo, un modello nuovo?».



L'AFFONDO di Mario Giordano
I politici non pensano ai malati
A pagina III

L'AFFONDO
di Mario Giordano

Regionali, sanità dimenticata dalla campagna elettorale Eppure è gran parte del bilancio

Sono oramai diversi anni che nelle campagne elettorali, sia a livello nazionale che regionale, le ideologie e i programmi dei candidati e dei partiti a cui sono collegati occupano un ruolo marginale: è la fiducia che il leader politico riesce ad ispirare a condizionare il voto. Questo accade anche in Calabria, oggi, a meno di una settimana dalle prossime elezioni; forse tra le più importanti della storia di questa terra. La politica calabrese, di tutti i colori, indistintamente, è preoccupata di come procacciarsi voti ed ispirare quella fiducia personale: c'è chi chiede di non sprecare il proprio voto a favore di chi sicuramente non potrebbe farcela; c'è chi, da oltre 30 anni in politica, richiama in Calabria leader di partiti politici nazionali che usano le elezioni nella nostra terra - del cui destino "non interessa nessuno", citando parole degli stessi esponenti di quei partiti - per un tornaconto elettorale personale.

Ma la Calabria, ultima tra le ultime, non è più terra in cui ci si può permettere il lusso della vocazione al potere. Non c'è più tempo per non discutere dei programmi e delle soluzioni ai problemi concreti della nostra regione. E questo, dovrebbe essere il centro di una pretesa di noi cittadini: bravi a lamentarci quando le situazioni ci coinvolgono personalmente, ma spesso bravi a "svendere" il nostro voto all'amico del parente di turno. Quante volte ci hanno chiesto: "ma hai già promesso il voto?"

Vien da chiedersi quante volte abbiamo sentito parlare di sanità durante queste elezioni? Perché non si parla di quello che è il problema centrale di una regione in cui oltre il 75% del suo bilancio è destinato al settore sanitario, ma che non riesce nemmeno a garantire i livelli essenziali di assistenza? Giusto per rimarcare l'entità del problema, vale la pena ricordare che la sanità calabrese vede: un commissariamento governativo che dura da oltre dieci anni, peraltro condotto con scarsi, se non pessimi, risultati; un disavanzo totale di oltre 210 milioni; due Asp sulle 5 totali (RC e CZ) sciolte per infiltrazione mafiosa e dichiarate in disse-

sto, il quale obbliga ovviamente la regione a provvedere al suo risanamento, con la conseguenza di pesare ulteriormente sulle tasche dei cittadini che pagano tra le tasse più elevate a livello nazionale per il servizio sanitario peggiore dello Stato; l'esodo delle più importanti eccellenze professionali calabresi al Nord o fuori dall'Italia; l'imponente migrazioni dei cittadini per le cure, con regalo alle altre regioni di oltre 350 milioni di euro l'anno; molte strutture fatiscenti, impreparate e inadeguate a svolgere anche i più ordinari compiti di assistenza e cura (abbiamo strutture dove ancora non è possibile fare una Tac). E si potrebbe continuare ancora.

Ma la politica come risponde? Semplice, non lo fa se non attraverso quelle risposte banali come: «bisogna ristabilire il diritto dei cittadini calabresi a curarsi nella propria terra».

Sì, ma in che modo? La politica non spiega, si limita a persuadere. La politica della campagna elettorale diventa mercato e affarismo, lo stesso che ha piegato in due la sanità calabrese. I candidati non rispondono sul tema, perché le risposte non portano voti. La verità, e cioè che non basta una legislatura per riformare il sistema sanitario e ancora per molto dovremo curarci fuori, non persuade, non fa eleggere nessuno. Viene da pensare se non avesse ragione Roberto Gervaso, e se non abbia descritto proprio il popolo calabrese quando affermava: «Il popolo preferisce esser blandito che capito, ingannato che responsabilizzato, istigato che pungolato, corrotto che purificato, tradito che deluso».

Siamo sempre stati noi gli unici a poter fare la differenza.



MISSION IMPOSSIBILE di Fabrizia Sernia

Tante eccellenze in cattività

A pagina IV

LE ECCELLENZE DEL MEZZOGIORNO

In queste condizioni restare al Sud è diventata una missione impossibile

di FABRIZIA SERNIA

Se l'iniqua distribuzione delle risorse pubbliche, documentata costantemente dal Quotidiano del Sud, porta la sanità italiana ad avere due facce - quella dell'efficienza, quasi sempre al Nord, in contrapposizione alla scarsa qualità dei servizi e delle apparecchiature disponibili, più spesso al Sud -, tuttavia proprio al Mezzogiorno brillano le eccellenze nel campo della cura e ricerca medica. Ed anche rispetto all'istruzione superiore, che prepara agli studi in questo ambito, la punta di diamante dell'istituto capofila in Italia dei 135 Licei con curvatura biomedica, il Leonardo Da Vinci di Reggio Calabria, guidato da Giusi Princi, sforna "maturi" idonei ai test di medicina nel 78% dei casi. L'eccellenza del Sud è questa. Ed è apprezzata in Italia e nel mondo. Luminari, direttori di Enti o Unità di Ricerca e primari di divisioni ospedaliere di avanguardia, al Nord, al Centro e al Sud Italia, così come responsabili di prestigiosi centri di cura e/o ricerca medica nazionali e internazionali, sono o sono stati capitale umano nato e formatosi sia al Mezzogiorno, sia all'estero. La storia di questi scienziati, le loro scoperte e i loro brevetti inducono ad avere fiducia nella scienza medica al Mezzogiorno, che può generare un grande impatto nel Paese. A questo proposito, due studiosi che hanno dedicato la propria vita alla ricerca medica, oggi scomparsi, ne sono l'emblema. Il professor Ignazio Olivieri, reumatologo di fama internazionale, riuscì a ottenere sia il riconoscimento di Istituto di Ricerca e Cura per il Reparto di Reumatologia della regione Basilicata - ospedale san Carlo di Potenza e ospedale Madonna delle Grazie di Matera -, meta di pazienti da tutta l'Italia, sia l'istituzione della Facoltà di Medicina all'Università della Basilicata. L'oncologo Enzo Cerundolo, leccese trasferitosi all'Università di Oxford, era considerato dalla comunità scientifica un'eccellenza nel suo campo. Diresse il Medical Research

Council della Human immunology Unit all'Università di Oxford dove era professore di immunologia e dove ha vissuto fino ai primi di gennaio. Per i suoi meriti era stato nominato membro della Royal Society. Entrambi studiosi che, con il loro lavoro, hanno anche mostrato come le cure mediche siano oggi il risultato del mix di competenze diversificate - biologi, statistici, fisici, informatici, chimici, bioingegneri - che collaborano al risultato finale: la salute del malato. Accade al TIGEM di Pozzuoli, diretto da Andrea Ballabio, scienziato premiato per la scoperta del gene TFEB, un gene che regola l'azione di molti altri geni coinvolti nello smaltimento dei materiali di scarto del metabolismo cellulare. Grazie anche ai finanziamenti della Fondazione Telethon, al TIGEM lavorano circa 250 ricercatori, provenienti da 15 paesi diversi, dall'Europa, dagli Usa, dalla Cina, dal Giappone, molti anche dall'Italia del Nord e dal Sud Italia, dalla Calabria, Puglia, Sicilia. Il TIGEM è impegnato nello studio delle malattie rare, quelle senza diagnosi, per individuarne i meccanismi e le cure. Negli anni, ricorda Andrea Ballabio, "ne abbiamo scoperte circa 50, grazie anche alla collaborazione con molti centri di genetica medica, dalla Federico II di Napoli all'Ospedale di Monza, al Gaslini di Genova, fino a Firenze e Roma". E' calabrese la scienziata che aiuta gli astronauti, a Cape Canaveral, a prevenire la perdita di massa ossea e l'atrofia muscolare, causate dall'assenza di peso e di gravità. Maria Grano, originaria di Acri e studi in Biologia all'ateneo di Bari, dove oggi è professore ordinario di Istologia ed Embriologia alla Scuola di Medicina, ha scoperto, grazie ai fondi ASI, ESA e NASA, il ruolo di una proteina miracolosa per la salute dell'apparato muscolo-scheletrico, l'irisina, studiandone gli effetti: non soltanto si verifica un blocco del decadimento della massa ossea, ma addirittura una rapidissima ricostituzione. La molecola è al centro dei suoi progetti

con la stazione spaziale di Cape Canaveral. L'irisina, prodotta con il movimento dall'organismo umano, a tutte le età, quando sarà ultimata la fase finale della ricerca, potrà rivoluzionare le cure per l'osteoporosi e l'atrofia muscolare, anche a scopo preventivo, con forte impatto sulla collettività. La molecola salva infarto è nata all'Università della Calabria e la sua applicazione sarà utile a prevenire anche il danno indotto dal trauma. Carmine Rocca, 30 anni, nativo di Crotona, laurea in biologia e studi in Francia, è l'artefice del brevetto della nuova proteina, la Seleno Proteina T 43-52, che potrà in futuro sia prevenire l'infarto, sia intervenire per proteggere il cuore nella terapia medica post-infarto. Il brevetto è nato nel Laboratorio di Fisiopatologia cellulare e molecolare cardiaca diretto dal professor Tommaso Angelone dell'Ateneo. Simonetta Grilli, fisica e scienziata, ha fatto nascere a Pozzuoli la scommessa europea di diagnosticare il morbo di Alzheimer con una goccia di sangue, attraverso un kit da banco che si potrà acquistare in farmacia. Project leader del Consorzio europeo coordinato dall'Isasi - Istituto di Scienze Applicate e Sistemi intelligenti - del CNR, diretto da Pietro Ferraro, Grilli coordina una sessantina fra ricercatori e tecnologi in tutta Europa. L'obiettivo del progetto è sviluppare un super-sensore per la diagnosi precoce e non invasiva del morbo di Alzheimer, così da offrire una terapia mirata e tempestiva, tramite un semplice esame del sangue dal braccio o una goccia dal dito - spiega -. Del Consorzio fanno parte, fra gli altri,



la federico II e l'Istituto di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico Bonino Pulejo di Messina, i cui ricercatori avevano sollevato dal lato clinico l'urgenza di riconoscere i marker dell'Alzheimer da un prelievo non invasivo. Grilli ha proposto il metodo per addensare le molecole poco concentrate, pubblicato già su Nature. L'impatto sociale del kit sarà enorme, considerato che secondo il World Alzheimer Report 2018, nel solo 2018 sono stati censiti circa 50 milioni di pazienti nel mondo affetti da demenza e si stima che questo numero sia destinato a crescere di più del triplo entro il 2050.



LO SPILLONE di Giuliano Cazzola

Servono nuove regole per cambiare

Diciamoci la verità: la trappola dell'autonomia differenziata (che per Matteo Salvini era soltanto una cambiale da onorare "a babbo morto") per l'attuale maggioranza (di salute molto delicata e precaria) l'autonomia è un incubo fortunatamente svanito quando ho suonato la sveglia. La questione - considerando, al di là delle promesse - l'impostazione ben poco solidaristica e di riequilibrio contenuta nei protocolli tra Stato e Regioni interessate.

a pagina V

LO SPILLONE di Giuliano Cazzola

Servono nuove regole per incoraggiare le aziende virtuose

Diciamoci la verità: la trappola dell'autonomia differenziata (che per Matteo Salvini era soltanto una cambiale da onorare "a babbo morto") per l'attuale maggioranza (di salute molto delicata e precaria) l'autonomia è un incubo fortunatamente svanito quando ho suonato la sveglia. La questione - considerando, al di là delle promesse - l'impostazione ben poco solidaristica e di riequilibrio contenuta nei protocolli tra lo Stato e le Regioni interessate - sarebbe stata assai problematica per quanto riguarda il settore della sanità che non interagisce soltanto con un diritto fondamentale delle persone, ma che costituisce la quota prevalente dei bilanci regionali e, come tale, impegnativa da gestire. Ma come stanno le cose da noi? Per non limitarsi ad inseguire le farfalle sotto l'Arco di Tito e rassegnarci ai soliti luoghi comuni, cerchiamo di ancorarci a documentazioni ufficiali che, in uno Stato democratico, dovrebbero garantire sulla veridicità dei fatti. Prendiamo in esame, quindi il testo di un'indagine parlamentare, di alcuni anni or sono, nella quale vengono indicati indirizzi allo scopo di conciliare spesa e tutela: indirizzi che non sono stati seguiti. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stato quindi più volte sottolineato come il tema del contenimento della spesa non possa essere risolto con tagli, che determinano una riduzione del livello e del volume dei servizi, ma

debba essere affrontato utilizzando al meglio i fattori produttivi disponibili, mediante l'organizzazione della qualità dell'offerta, l'appropriatezza delle prestazioni e la gestione della variabilità nociva, in modo da eliminare l'erogazione di servizi non necessari o non richiesti, assicurando i servizi effettivamente necessari. In ogni caso, è evidente che la copertura e l'accesso al servizio sanitario possono essere mantenuti solo attraverso una forte riorganizzazione dei servizi. Si tratta, in sostanza, di promuovere e diffondere l'appropriatezza clinica, attraverso la definizione di corretti percorsi diagnostici e terapeutici per le diverse patologie croniche, stabilendo tipologia e frequenza degli esami, in modo da assicurare accessibilità, appropriatezza ed efficacia delle cure, eliminando il rischio di ricorso inappropriato alle prestazioni. In questo quadro, uno degli strumenti indicati ai fini della riduzione della spesa è il potenziamento dell'assistenza sanitaria territoriale. Il superamento delle logiche ospedale-centriche a favore della domiciliarietà di strutture intermedie, vale a dire luoghi socio-sanitari di prossimità dotati di una piccola équipe multiprofessionale, potrà consentire che l'ospedale divenga il luogo dell'intensività assistenziale, e non più, come spesso avviene ora, la struttura di intervento generalista. L'assistenza territoriale, in-

vece, come attualmente operante, pur assorbendo risorse finanziarie consistenti, espone un'offerta insoddisfacente e molto differenziata su base regionale, specie in alcune zone del Mezzogiorno, dove, in presenza della chiusura di alcuni ospedali, si determina un vero e proprio vuoto assistenziale. La continuità territoriale necessita ovviamente di una rete diffusa di presidi distrettuali, strutture intermedie, ecc., ma, se adeguatamente implementata, potrebbe consentire, nel medio termine, un più efficiente utilizzo delle risorse finanziarie disponibili. Nel corso dell'indagine conoscitiva è stata comunque ribadita la validità del sistema organizzativo incentrato sulla scelta dell'Azienda sanitaria, che appare un'ideale forma gestionale di organizzazioni complesse multiprofessionali, quali le aziende sanitarie locali o ospedaliere che, in taluni casi, contano anche più di 5-7 mila dipendenti e devono gestire ser-



vizi tra loro completamente diversi ed eterogenei, nella logica di un'impresa multibusiness. Sono stati per altro evidenziati alcuni nodi tecnici già conosciuti, quali le logiche divergenti fra la contabilità finanziaria di Stato e regioni e quella economica delle aziende; la scarsa significatività dei bilanci aziendali dai quali non emerge, in modo immediatamente fruibile, il dato di efficienza; la sostanziale parametrizzazione del finanziamento delle aziende sulla spesa storica. È pertanto urgente procedere ad un recupero di efficienza, che si può ottenere solo incoraggiando i comportamenti virtuosi; ad esempio, utilizzando le banche dati a disposizione. La finalità da perseguire è, in sostanza, quella di ristabilire un meccanismo che premi le Aziende virtuose e stigmatizzi i comportamenti non corretti o comunque inefficienti. È quindi necessario premiare la qualità, applicando regole che valorizzino i sistemi sanitari regionali, le aziende sanitarie e ospedaliere e gli operatori, anche privati, migliori, promuovendo una virtuosa competizione fra erogatori che induca gli stessi - sia pubblici che privati - ad adeguarsi ai più rigorosi standard di qualità. In questa ottica, è necessaria la ricerca di un non facile equilibrio sul tema della mobilità sanitaria che, per un verso, costituisce un efficace strumento di incentivazione degli operatori più validi, aumentando la domanda di prestazioni presso gli stessi ed il conseguente maggior afflusso di risorse finanziarie, in tal modo premiandone la qualità di cura, ma, per altro verso, determinando un effetto opposto verso le strutture sanitarie di provenienza, che sono quasi sempre quelle del Mezzogiorno, le quali non sono messe in grado di funzionare e finiscono per dover dirottare parte delle scarse risorse di cui dispongono per regolare, a loro danno, i "debiti" con i presidi sanitari del Nord, in nome della mobilità territoriale.

“NE SERVONO 10 MILA, LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE NE HANNO AMMESSI SOLO SEIMILA”

Medici in corsia a 70 anni, sindacati contro “Piuttosto il governo sblocchi i concorsi”

La federazione Anaa-Assommed: abbiamo già i dottori più vecchi del mondo

GRAZIALONGO
ROMA

Mancano i medici in corsia? Si ovvierà all'emergenza coinvolgendo coloro che hanno più di 40 anni di servizio, e comunque entro i 70 anni di età, più gli specializzandi che potranno diventare operativi in ospedale già al terzo anno di specializzazione.

Lo stabilisce un pacchetto di emendamenti al decreto Milleproroghe elaborato dal ministero della Salute, che interviene anche sulla riorganizzazione del ministero e sui tetti per la spesa farmaceutica.

L'iniziativa è stata appena divulgata e già scatena le proteste degli addetti ai lavori. Non tanto per l'assunzione degli specializzandi, che anzi è vista favorevolmente, quanto piuttosto per la permanenza dei camici bianchi che superano i 40 anni di contributi. «Dobbiamo lasciare il campo libero ai giovani e bandire concorsi per loro – dichiara Carlo Palermo, segretario nazionale dell'Anaa-Assommed, l'associazione sindacale dei medici e dirigenti sanitari italiani che riscuote più iscritti –. La carenza di organico non può essere risolta trattenendo le figure più in là con gli anni. L'Italia è il primo Paese al mondo per presenza di medici anziani negli ospedali. Tanto per capirci, il 55 per cento dei professionisti ha più di 55 anni, mentre in Inghilterra l'età media massima si attesta a 38 anni».

Per questa ragione lo studio caldeggiato dal ministro alla Sanità Roberto Speranza lascia «perplesso» Carlo Paler-

mo. «Da 10 anni in Italia si fanno pochi concorsi – prosegue –. Non solo, sono anche stati sbagliati i calcoli per cui a fronte dell'esigenza di 10 mila medici specializzati se ne sono formati solo 6 mila». A far storcere il naso al sindacalista c'è, inoltre, la questione che la misura annunciata non è poi così innovativa. «In parte è possibile già oggi, proprio per affrontare la mancanza di dottori, contare su quelli anziani purché non abbiano ancora 40 anni di contributi».

Ben venga, invece, il reclutamento dei giovani. «Se proprio non si vuole assumere i neolaureati – ribadisce Palermo – è positivo il ricorso agli specializzandi dal terzo anno in avanti. Essi rappresentano il futuro degli ospedali e la loro maggiore presenza favorisce il passaggio di nozioni sulle cure da parte dei medici con più esperienza. Condizione essenziale per evitare la dispersione di importanti risorse».

In base alle prime stime potrebbero essere circa 10 mila i camici bianchi richiamati in servizio mentre gli specializzandi sarebbero 13 mila. Entrambe i provvedimenti, di natura evidentemente emergenziale, rientrano nelle linee guida del Patto della salute siglato, lo scorso dicembre, dal ministro Speranza con le Regioni e il ministero dell'Economia. Il piano sarà valido solo fino al 2022. –

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il ministro Roberto Speranza



Il caso

«Riaprire subito l'edicola della legalità»

Approvata a maggioranza dall'aula del Consiglio regionale la mozione promossa dai consiglieri pisani del Partito Democratico Antonio Mazzeo, Alessandra Nardini e Andrea Pieroni che sollecita la Giunta regionale ad attivarsi con ogni iniziativa utile affinché il Comune di Pisa individui una nuova collocazione, «centrale e ben visibile», in cui ricollocare e riqualificare l'edicola della legalità, rimossa da Borgo Stretto, favorendo anche un sostegno economico per far sì che possa essere utilizzata a scopo sociale. La lotta alla mafia è fatta prima di tutto di simboli e l'edicola di Borgo Stretto a Pisa era ed è un simbolo» hanno spiegato i consiglieri: «Dispiace, ma non stupisce, il voto contrario della Lega che ancora una volta ha scelto di stare dalla parte opposta del rispetto e della memoria».





NUOVA ARENA: INTERVIENE IL SINDACO CONTI

«TEMPI RAPIDI PER LO STADIO»

A pagina 2

Nuovo stadio, da oggi inizia la fase decisiva

Via alla discussione in commissione sulle 65 osservazioni di partiti, associazioni e cittadini. Conti: «Tempi rapidi per la variante in consiglio»

PISA

L'ultimo miglio. La variante urbanistica per la realizzazione della «nuova Arena», prerequisito indispensabile per la realizzazione del progetto di ristrutturazione radicale dello stadio cittadino, è entrata nella fase decisiva: da stamani, infatti, la Prima commissione di Palazzo Gambacorti comincia la discussione delle osservazioni proposte da forze politiche, associazioni e cittadini al provvedimento che «riporta» lo stadio a Porta a Lucca (dato che attualmente è ancora vigente la previsione di Ospedaletto) e traccia i contorni dell'operazione in termini urbanistici, infrastrutturali e commerciali. Lo ha reso noto ieri il sindaco Michele Conti augurando buon lavoro ai rappresentanti della commissione consiliare che si occupa di uso e assetto del territorio e lavori pubblici che oggi «si riunisce per iniziare ad analizzare le 65 osservazioni pervenute: sono certo - dice Conti - che i commissari esami-

neranno puntualmente le osservazioni, con scrupolo ma senza perdere tempo, in modo da portare appena possibile la variante in consiglio comunale per l'approvazione definitiva. Siamo all'ultimo capitolo della vicenda: abbiamo lavorato con determinazione e celerità per chiudere l'iter di competenza del Comune sulla variante, così da rendere possibile la realizzazione del progetto della nuova Arena e la riqualificazione di tutto il quartiere di Porta a Lucca». Precisamente è il penultimo atto di un iter che finora è proceduto a marce forzate: dopo la discussione delle osservazioni in commissione, infatti, la variante approderà nell'assemblea di Palazzo Gambacorti per l'approvazione definitiva. L'obiettivo è arrivarci entro la fine di febbraio e per riuscirci la prima commissione lavorerà a spron battuto andando avanti al ritmo di due sedute la settimana. «Seguirò personalmente tutte le sedute, a cominciare dalla prima con l'obiettivo di mantenere costante l'attenzione su questo importante

provvedimento» dice l'assessore comunale ai lavori pubblici Raffaele Latrofa. «Per il momento - prosegue - registro con grande soddisfazione il fatto che l'iter è andato avanti rispettando pienamente il cronoprogramma che avevamo individuato: adesso manca l'ultimo passo dopodiché la palla passerà al Pisa e se tutto andrà nel migliore dei modi, potremmo arrivare alla posa della prima pietra già nel 2020». Il club nerazzurro, infatti, dovrà consegnare negli uffici di Palazzo Gambacorti il progetto esecutivo corredato del cosiddetto Pef, il documento fondamentale per giustificare la sostenibilità economico-finanziaria dell'intera operazione. Prima arriva e prima si potrà cominciare l'altro iter, quello che dovrà condurre all'inizio vero e proprio dei lavori.





Una veduta aerea dell'Arena e, a destra, il sindaco Michele Conti

IL RESTYLING DELLO STADIO

Nuova Arena, volata finale voto decisivo tra un mese

Inizia la volata finale. Quella che porterà all'approvazione da parte del consiglio comunale della variante urbanistica. Si tratterà di una "prima pietra" ideale per la nuova Arena. Almeno per la parte di competenza

pubblica. «Buon lavoro alla prima commissione consiliare permanente che oggi si riunirà per iniziare ad analizzare le 65 osservazioni pervenute sulla variante urbanistica», dice il sindaco Michele Conti. / INCRONACA

IL RESTYLING DELLO STADIO

“Nuova Arena”, conto alla rovescia Tra un mese la votazione decisiva

Al via il lavoro della commissione sulle 65 osservazioni
La giunta: ora dal Pisa progetto esecutivo e piano finanziario

PISA. Inizia la volata finale. Quella che porterà all'approvazione da parte del consiglio comunale della variante urbanistica. Si tratterà di una "prima pietra" ideale per la nuova Arena. Almeno per la parte di competenza pubblica. «Buon lavoro alla prima commissione consiliare permanente che oggi si riunirà per iniziare ad analizzare le 65 osservazioni pervenute sulla variante urbanistica Arena Garibaldi-Porta a Lucca», dice il sindaco **Michele Conti**, che aggiunge: «Sono certo che i commissari esamineranno puntualmente le osservazioni con scrupolo, ma senza perdere tempo, in modo da portare appena possibile la variante in consiglio comunale per l'approvazione definitiva».

Il sindaco sottolinea: «Siamo all'ultimo capitolo della vicenda: abbiamo lavorato con determinazione e celebrità per chiudere l'iter di competenza del Comune sulla variante, così da rendere possibile la realizzazione del progetto della nuova Arena e la riqualificazione di tutto il quartiere di Porta

a Lucca».

A proposito di sottolineature, l'assessore ai lavori pubblici **Raffaele Latrofa** ribadisce: «Inizia l'ultima fase che riguarda il Comune. A quel punto, se la variante urbanistica sarà approvata, la palla passerà definitivamente al Pisa che potrà presentare un progetto esecutivo completo di piano economico finanziario». Sulle tempistiche, questo l'auspicio dell'assessore: «Confido che termini al massimo entro la fine di febbraio. Siamo molto soddisfatti del lavoro svolto sino ad oggi e ci prepariamo a non mollare proprio in questo ultimo miglio».

Latrofa dunque è pronto a passare la palla ai soggetti che hanno proposto il restyling dell'Arena, ovvero in prima battuta Dea Capital Real Estate, d'intesa con il Pisa Sc. E proprio alla proprietà della società nerazzurra spetteranno le mosse successive, quella che saranno decisive per arrivare all'apertura dei cantieri per il restyling dell'Arena. Ovvero, come ricordato dall'assessore, la progetta-

zione esecutiva dopo quella preliminare. E la presentazione del Piano economico finanziario, il documento necessario per ottenere i finanziamenti. L'operazione infatti dovrà essere sostenuta attraverso finanziamenti pubblici, a tasso agevolato e con la partecipare formula del fondo di gestione del nuovo stadio.

Investimenti Immobiliari Italiani Sgr Spa (Invimit), società del ministero dell'Economia e delle Finanze, e il Credito Sportivo dovrebbero essere i soggetti disposti a partecipare al progetto, il cui costo finale dovrebbe essere tra i 30 ed i 35 milioni di euro. —

Francesco Loi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL MECCANISMO

L'impianto passerà a un fondo di investimento

La proposta di Dea Capital prevede l'alienazione dello stadio di proprietà comunale ed il trasferimento dell'immobile a fondi comuni di investimento immobiliare partecipati dal Comune stesso a fronte dell'emissione di quote del fondo medesimo. In pratica, il Comune deve vendere al fondo lo stadio e come controvalore riceverà quote del fondo stesso.



La simulazione grafica della "Nuova Arena"

ILMARMIDONE

Più piccolo della punta di uno spillo, si muove e guarisce da solo. È un organismo programmabile, come un videogioco

Dio è un algoritmo: ecco a voi la prima macchina vivente, con cellule di rana



» PIETRANGELO BUTTAFUOCO

È la prima macchina vivente, quella fotografata dai ricercatori della Tufts University. L'essere che galleggia, colpito da una luce quasi ultraterrena, non è infatti creatura, anche se fatta di carne. È ciò che accade quando, a un algoritmo, viene affidato il compito di assemblare cellule viventi. Ogni cellula dell'esserino è fatta di rana; è infatti estratta - i ricercatori dicono *harvested*, raccolta, conferendo sapore agricolo al processo - da un embrione di *Xenopus laevis*. L'aggregato risultante, però, non assomiglia a un anfibio. È una cosa minuscola, più piccola della punta di uno spillo, grande 700 micron. Non è neppure semplicemente una scultura fatta di materiali biologici, come ad esempio fece il collettivo SymbioticA già nel 2006 quando, dai laboratori dell'Università della Western Australia, creò delle installazioni ricavate da tessuti - sempre di rana - cresciuti fino a ricreare la forma di un orecchio umano.

La macchina vivente, invece, si può muovere in maniera autonoma, guarisce le proprie ferite e può sopravvivere per settimane. I creatori si trovano qualcosa tra le mani di nuovo, e si trovano nello sforzo di descriverlo. "Non sono né un robot tradizionale, né una specie nota di animale - chiarisce uno dei ricercatori, Joshua Bongard - è una nuova classe di artefatto: un organismo vivente e programmabile". La descrizione è chiara, ma non è ancora nome. Ancora nel 2007, però, vi era stato dibattuto sull'Open Organism, cioè sull'idea di poter liberamente modificare il genoma degli organismi, come viene fatto in informatica per i codici dei computer open source.

RICERCATORI ENTUSIASTI dell'idea avevano perfino creato un concorso, l'International

Genetically Engineered Machine competition, nel quale ragazzini modificavano il genoma dell'*Escherichia coli* come se fosse il codice di un videogioco. L'idea che muove l'Open Organism è che i processi biologici siano complessi, ma non ci voglia una conoscenza esatta del loro funzionamento per modificarli ad un fine diverso.

I circoli di inventori della Silicon Valley ne hanno fatto un verbo: *black boxing*. Relegare a una scatola nera ciò che non si riesce a comprendere, e cercare comunque di fabbricarne qualcosa. E così, senza eccessiva cognizione di causa, per non ostacolare il progresso, diventano realtà sempre nuove meraviglie geneticamente modificate: semi resistenti alla siccità, frutti ricchi di vitamine, piante che si difendono dai parassiti. E però la prima macchina vivente non è nulla di tutto questo. Si muove non grazie all'inventiva umana o a un modello ingegneristico, ma per l'opera di un algoritmo che, su un supercomputer, ha scimmiettato il processo evolutivo. Qualcosa di simile a quel che fece una scimmia cui venne data una macchina per scrivere e fogli da riempire in quantità...

L'ALGORITMO ha, infatti, proceduto per prove ed errori, così come nel paradigma riduzionista ha fatto la vita stessa. Il risultato non è quindi un progetto, è soltanto uno degli infiniti modi possibili di tenere assieme la vita, almeno per qualche settimana. Nessuno sa che cos'è, però, e tra gli stessi ricercatori si cerca di fugare

l'inquietudine appellandolo con nomi buffi, ed è quindi uno dei suoi creatori, Sam Kriegman, a dire che si tratta di un "caviale che cammina". L'incapacità di dare un nome è però chiaro segno che questo esserino non è certo una delle creature delle quali Allah insegnò i nomi ad Adamo. E nomina - si sa - sunt...

© RIPRODUZIONE RISERVATA



“Ricerca al Parco della Salute: 90 milioni da usare subito”

◀ **Rendering**
Il progetto della Città della Salute
Sopra, Mauro Salizzoni

di Sara Strippoli

«Proviamo a non perdere risorse preziose destinate ai progetti di ricerca, tassello fondamentale per il futuro del Parco della Salute». L'appello arriva da Mauro Salizzoni, vicepresidente del Consiglio regionale e consigliere di opposizione Pd che si è presentato agli elettori con l'impegno di vigilare sul percorso per la realizzazione del polo destinato all'assistenza sanitaria, ma anche alla didattica e alla ricerca scientifica.

In una interrogazione presentata in Consiglio, al quale l'assessore alla Sanità Luigi Icardi è chiamato a dare già domani una risposta, Salizzoni chiede che si acceleri sui bandi per la realizzazione dei progetti di ricerca. I fondi ci sono, 90 milioni stanziati con una delibera del Comitato interministeriale per la programmazione economica (il Cipe) che ha scelto di finanziare poli tecnologici nelle regioni del centro-nord. Fra questi il Parco della Salute di Torino, giudicato strategico per il territorio.

La scadenza non è lontana, le risorse devono essere assegnate entro il 2021, s'infervora Salizzoni «e la spesa deve essere completata entro il 2025. Ma la partita per noi è troppo importante per perdere questa occasione come è accaduto in passato».

A febbraio del 2019 la Regione ha individuato sei piattaforme: oncologia, neuroscienze trapianti e medicina rigenerativa, cardiovascolare e endocrino-metabolico, la chirurgia robotica e mini-invasiva, la digitalizzazione della struttura ospedaliera per l'assistenza e la ricerca clinica. Tre i progetti: 30 milioni sono riservati al Centro di ricerca di biotecnologie di via Nizza. Altri 58 milioni e 300mila euro riguardano invece progetti di ricerca e sviluppo per i quali, però, esiste il vincolo di creare partenariati con le imprese private, in un rapporto impegnativo perché il cofinanziamento di risorse private è circa il 49 per cento.

Ed è su questo punto che il Pd chiede alla Regione di intervenire: «Alcuni dipartimenti possono incontrare difficoltà a creare rapidamente i partenariati con le imprese private dal momento che sono impegnati, in condizioni di emergenza, anche nella gestione dell'attività della Città della Salute. Le criticità - è il suggerimento - possono essere superate dal momento che il fondo di sviluppo e coesione permette di usare le risorse a favore degli Atenei senza coinvolgere i privati». Questo bando, conclude il consigliere Dem «può svolgere un ruolo essenziale per favorire il passaggio da uno ospedale fatiscente a uno avanzato con un'organizzazione del tutto rinnovata».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IL "SUPERCEROTTO" NATO IN LABORATORIO

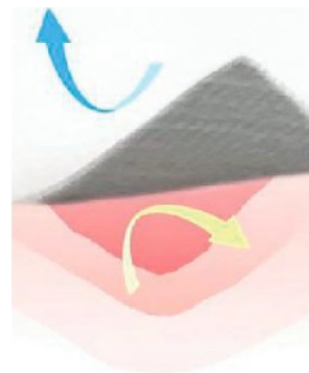
Scoperta la garza perfetta che favorisce la guarigione

Sembra un sogno. Immaginate la possibilità di avere un cerotto che non solo riesce a bloccare la perdita di sangue, favorendo la coagulazione, e che non fa male quando si stacca e non trascina via la "crosta" della ferita.

A ricordare una pubblicità di qualche anno fa, proponendo un tessuto in grado di ottenere i due risultati, è una scoperta quasi "casuale" dell'ETH (Scuola Politecnica Federale) di Zurigo e dell'Università Nazionale di Singapore, resa nota sulla rivista *Nature Communications*. La "supergarza" è fatta di silicone e nanofibre di carbonio ed è stata individuata quando gli scienziati stavano studiando tessuti da utilizzare per dispositivi destinati ad entrare in contatto con il cuore. Valutando questa "miscela" originale gli esperti si sono accorti che il risultato, sotto forma appunto di un tessuto considerabile come quello centrale di un comune cerotto, risultava idrorepellente e soprattutto non si impregnava di sangue a contatto con una ferita. Oltre ad evitare la "macchiolina" rossa, poteva essere staccato senza difficoltà. L'applicazione del tessuto "ipertecnologico" sulla ferita ha fatto anche da propellente per i processi della coagulazione del sangue, favorendo quindi la guarigione della lesione.—

FE. ME.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Come funziona la garza ETH



RASSEGNA STAMPA DEL 20/01/2020

Gentile cliente, in data odierna non è stato possibile monitorare la seguente testata in quanto non disponibile:

CAMPANIA: Le Cronache del Salernitano

Non sarà inoltre possibile monitorare la seguente testata di stampa estera poiché non pubblicata per la festività del Martin Luther King Day:

Wall Street Journal Usa