



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
*Assessorato della Salute*

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

## **RASSEGNA STAMPA**

**03 Agosto 2022**

**A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA**

**MARIELLA QUINCI**



Civico Di Cristina Benfratelli  
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia



La Buona Sanità

# Ospedale di Termini Imerese, primi interventi oncologici su colon e retto con la tecnica laparoscopica

*Sono stati eseguiti dall'equipe dell'UOC di Chirurgia Generale diretta dallo scorso mese di maggio da Giacomo Urso.*

3 Agosto 2022 - di [Redazione](#)



Effettuati all'Ospedale Cimino di Termini Imerese i primi interventi chirurgici oncologici del colon e del retto con tecnica laparoscopica. Sono stati eseguiti dall'equipe dell'UOC di Chirurgia Generale diretta dallo scorso mese di maggio da Giacomo Urso. "I nuovi interventi – sottolinea il Direttore generale dell'Asp di Palermo, Daniela Faraoni – si inquadrano nell'ottica del costante lavoro della direzione, impegnata a rinnovare la platea dei professionisti. Un impegno che sta consentendo di cambiare realmente volto agli ospedali arricchendo, anche



**Civico Di Cristina Benfratelli**  
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana  
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti**  
Sicilia

qualitativamente, l'offerta sanitaria nei confronti di un ampio bacino di utenti, provenienti anche da altre province dell'isola". Giacomo Urso, 47 anni, già responsabile della struttura complessa all'Ospedale "Abele Aiello" di Mazara del Vallo, ha approfondito la formazione laparoscopia all'Università di Strasburgo. Dal suo arrivo all'Ospedale "Cimino" sono, già, tantissimi gli interventi chirurgici effettuati, di cui 5 tumori del retto e 24 del colon (eseguiti dall'equipe di Urso, coadiuvata dall'equipe anestesiologicala dell'UOC di Anestesia e Rianimazione, diretta da Bruna Piazza, e infermieristica, coordinata da Salvatore Dolce).

## Il ministero indica possibili quarantene

# Vaiolo delle scimmie, la circolare

Sono arrivati a 505 i casi di vaiolo delle scimmie in Italia. L'infezione continua a svilupparsi quasi esclusivamente fra maschi (501) rispetto ai soli quattro casi fra donne, secondo l'ultimo bollettino del ministero della Salute aggiornato a ieri. Sono 26 in più nel confronto con l'ultima rilevazione di quattro giorni fa. E proprio il ministero ha emanato una circolare che indica la possibilità, per i contatti stretti, di fare ricorso alla quarantena. «In specifici contesti ambientali ed epidemiologici — si legge — sulla base delle valutazioni delle autorità sanitarie, potrebbe essere richiesta l'applicazione di misure quarantenarie».

I contatti asintomatici che control-

lano adeguatamente e regolarmente il loro stato possono continuare le attività quotidiane di routine come andare al lavoro e frequentare la scuola (e in questi casi la quarantena non è necessaria), specifica ancora il ministero. Per i contatti stretti è indicato di evitare di donare sangue, cellule, tessuti, organi, latte materno o sperma durante il regime di sorveglianza.

In attesa che il comitato per i medicinali per uso umano dell'Ema concluda l'esame per estendere l'uso del vaccino contro il vaiolo Imvanex anche al vaiolo delle scimmie, l'Istituto Spallanzani di Roma annuncia di essere pronto a partire con la vaccinazione. Ma sarà il ministero della Salute a

esprimere le modalità di reclutamento. Il vaccino, ha spiegato la Regione Lazio, prevede una prima dose e un richiamo da somministrare dopo un intervallo di 2-3 mesi.

## 505

### Casi

I soggetti positivi al vaiolo delle scimmie finora nel nostro Paese. Secondo il ministero della Salute l'infezione continua a svilupparsi quasi esclusivamente fra maschi (501 casi)



LA CIRCOLARE DELLA SALUTE

## Vaiolo scimmie: possibili quarantene per i contatti

Sono arrivati a 505 i casi di vaiolo delle scimmie in Italia. L'infezione continua a svilupparsi quasi esclusivamente fra maschi (501) rispetto ai soli 4 casi fra donne, secondo l'ultimo bollettino del ministero della Salute. Che di fronte alla crescita costante dei casi ieri ha firmato una circolare che indica la possibilità, per i contatti stretti, del ricorso alla quarantena: «In specifici contesti ambientali ed epidemiologici, sulla base delle valutazioni delle autorità sanitarie, potrebbe essere richiesta l'applicazione di misure quarantenarie», si legge nella circolare che fornisce anche l'identikit dei contatti stretti. E cioè: partner sessuali, familiari conviventi, operatori sanitari che hanno trattato il caso senza dispositivi di protezione e chi è venuto a contatto in maniera prolungata. «I contatti stretti devono essere identificati il prima possibile e informati della loro esposizione e del rischio di sviluppare l'infezione». Per

i contatti con esposizioni a basso rischio «è possibile adottare la sorveglianza passiva, autocontrollarsi e informare il proprio medico di famiglia».

—**Mar.B.**

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp. Marco Tarquinio

## **Coronavirus, tasso di positività in leggero rialzo**

**Torna a salire, anche se di poco, il tasso di positività da Sars-CoV-2: dal 17,8% di lunedì si è passati al 18,3% di ieri, quando sono state registrate altre 64.861 infezioni. Nelle ultime 24 ore, i decessi attribuiti al Covid sono stati 190 (121 il giorno prima), per un totale di 172.397 vittime. I pazienti ricoverati in terapia intensiva sono 12 in meno (386 in tutto), mentre i ricoveri negli altri reparti sono stati 282 in meno (10.245 il totale). Intanto, l'Autorità europea per la preparazione e la risposta alle emergenze sanitarie Hera, ha siglato un contratto quadro per acquistare fino a 250 mln di dosi del vaccino spagnolo anti Covid della casa farmaceutica Hipra Human Health.**



) L'intervista **Andrea Crisanti**

# «Reinfezioni in agguato Cautela per i fragili anche sui lidi e a cena»

**Ettore Mautone**

Sars-Cov-2 sta concedendo agli italiani una tregua ma sono in tanti, in questi giorni di agosto, dopo tre mesi di infezioni, quarantene e tamponi, a chiedersi come comportarsi al mare, in barca, nei lidi affollati, nella serata d'estate con amici e parenti in cui nessuna precauzione viene più utilizzata, la mascherina è legata al braccio più come amuleto che come dispositivo di protezione e negli incontri conviviali si cede quasi sempre all'abbraccio di commiato dopo mesi e mesi di astinenza da espressioni del proprio sentimento.

**Andrea Crisanti, direttore dell'unità di microbiologia e virologia dell'Università di Padova: professore qual è la situazione epidemica attuale?**

«Siamo in una evidente fase di calo, le infezioni stanno diminuendo e tutti gli indici stanno rientrando».

**Da cosa dipende?**

«La massa delle infezioni e delle successive guarigioni rappresenta un potenziamento dello scudo imbracciato col vaccino e accresce le difese immunitarie contro il virus. Abbiamo avuto in tre mesi più di 3,5 milioni di infezioni senza contare chissà quanti altri casi che non hanno dato sintomi evidenti. Tutto questo ha creato

una barriera al virus.

Sarà-Cov-2 ora non trova più terreno fertile per continuare a infettare».

**E quindi al mare come ci si deve regolare. La mascherina serve ancora negli incontri in famiglia e nelle braciato con gli amici?**

«Serve se nel gruppo c'è una persona che ha una patologia cronica, una persona per questo fragile oppure se incontriamo i nonni, chi in generale ha qualche acciaccio di troppo. Poiché sono questi gli individui che rischiano di più bisogna tutelarli e adottare misure di protezione».

**Quali in particolare?**

«Serve indossare innanzitutto la mascherina ma anche evitare di avvicinarsi troppo soprattutto durante una cena.

Insomma bisogna usare tutte le precauzioni utilizzate finora per la prevenzione della malattia. Una persona fragile anche da vaccinata ha meno protezioni e corre più rischi».

**Come procederà l'epidemia durante questo mese di agosto?**

«I casi continueranno a calare, la corsa del virus continuerà a rallentare».

**Quanto dura l'immunità dei guariti?**

«Dopo un'infezione e un incontro ravvicinato col virus l'immunità dura un po' più a lungo di quella acquisita

soltanto col vaccino. Lo scudo viene potenziare e dura per più tempo rispetto alla protezione ottenuta con la terza e la quarta dose. Soprattutto la barriera dalle complicazioni gravi del Covid può durare fino a un anno mentre quella eretta con il solo vaccino dal quarto mese in poi cala drasticamente».

**Come mai di registrano tante reinfezioni?**

«Più passa il tempo e più l'immunità diminuisce, poi ci sono varianti che sono in grado di infettare meglio anche le persone vaccinate».

**Appunto, all'orizzonte c'è la nuova variante "Centaurus" che ha fatto impennare i casi in India: potrebbe diventare dominante anche in Europa?**

«Con questa variante è come se non fossimo vaccinati, la cosa

buona è che Centaurus fortunatamente ha un indice di trasmissione bassissimo, il virus tende a cambiare i propri connotati diventando invisibile agli anticorpi prodotti dal vaccino ma per assumere queste nuove caratteristiche il virus ha dovuto modificare il motore e dunque procede molto più lentamente. Probabilmente ci dovremo fare i conti nel



prossimo autunno».

## **Che tipo di malattia provoca dal punto vista clinico Centaurus?**

«Dalle notizie che giungono dall'India l'infezione clinicamente non è molto differente da quella provocata da Omicron 5».

## **In autunno arriveranno vaccini aggiornati: bisogna puntare su quelli o continuare con le quarte dosi del vecchio farmaco per la profilassi?**

«I vaccini sono stati aggiornati sullo stampo di Omicron I che oggi è un ceppo che non esiste più. Possiamo continuare con i vecchi vaccini che comunque sono in grado di proteggere dalla malattia grave».

## **Dovremo rassegnarci a nuove ondate?**

«Dovremo sempre più puntare a una convivenza con il virus che non provochi esiti letali. Per farlo dobbiamo continuare a vaccinarci massicciamente con le quarte dosi a partire dai 60 anni. Incontrare il virus da vaccinati permetterà di potenziare le difese senza danni. Ma bisogna sempre fare attenzione ai fragili e agli anziani per i quali serve un riguardo in più».

## **Come affrontare dunque il prossimo autunno, col ritorno a scuola, la vita al chiuso e col freddo alle porte?**

«Oltre alle vaccinazioni bisogna evitare che i giovani incontrino i nonni o i fragili delle famiglie più suscettibili alle gravi conseguenze della malattia. Anche tutte le misure di tutela, lo smart working ad esempio,

devono riguardare massimamente i fragili. I giovani sono quasi tutti asintomatici ma possono funzionare da grandi diffusori».

## **E il nuovo super vaccino annunciato contro altre proteine del virus?**

«I tempi non sono brevi e ci sono una serie di problemi da superare. Non vale la pena aspettare e correre il rischio di infettarsi. Meglio vaccinarsi subito e completare il ciclo con terze e quarte dosi».

**IL NUOVO VACCINO?  
I TEMPI NON SONO BREVI  
MEGLIO PROCEDERE  
SUBITO CERCANDO  
DI COMPLETARE  
IL CICLO**

**ATTENZIONE AI GIOVANI  
SOPRATTUTTO:  
SONO QUASI TUTTI  
ASINTOMATICI  
MA POSSONO ESSERE  
GRANDI DIFFUSORI**



**Andrea Crisanti, direttore dell'unità di micro biologia e virologia dell'Università di Padova. A destra l'Ocean Viking all'attracco nel porto di Salerno lunedì scorso**



# La grande fuga Cento medici al mese lasciano il posto nei pronto soccorso

Il caso limite di Napoli: Cardarelli aperto solo per le emergenze  
Pesano le carenze d'organico e le paure di aggressioni in corsia

di **Giulia Prosperetti**

**Una carenza** di oltre 4.200 medici, dimissioni che, da inizio anno, avanzano al ritmo di almeno 100 al mese e un carico di lavoro personale aumentato del 50% rispetto allo stesso periodo del 2021. Questo la fotografia dei pronto soccorso italiani scattata dalla Simeu. A ciò si aggiunge un blocco del turnover definito ormai 'cronico', che non rimpiazza le uscite. Se, per tamponare l'emergenza, in Sardegna l'Ares ha fatto partire il maxi-appalto da 9 milioni di euro per reclutare 'medici in affitto', l'Emilia-Romagna ha scelto la strada dell'intesa con i medici di emergenza territoriale. Ma, a livello nazionale, le criticità restano.

**Il caso** del Cardarelli di Napoli, dove a causa della 'fuga dei medici dal pronto soccorso' la direzione medica ha annunciato la chiusura temporanea di accettazione di tutti i casi che non rientrano nell'«emergenza indifferibile», è solo la punta dell'ice-

berg di una situazione che le associazioni di categoria denunciano da anni. «Veniamo da un taglio, tra il 2010 e il 2020 – sottolinea Guido Quici, presidente del sindacato dei medici CimoFesmed –, di ben 1.648 posti letto nel pubblico. Il pronto soccorso è diventato il collo di bottiglia dove confluisce di tutto: dai pazienti critici a quelli affetti da Covid, fino ai tanti che non hanno risposte sul territorio».

**Al carico** di lavoro aggiuntivo si somma la difficoltà nella ricerca del personale. I bandi pubblici per il reclutamento di personale medico per il Pronto soccorso, pubblicati con continuità a partire dal 2020 dal Cardarelli, sono andati pressoché deserti. « Succede perché nel pronto soccorso si concentrano tutte le criticità del sistema sanitario – spiega Carlo Palermo, presidente nazionale Anaao Assomed –. Quei pochi specialisti che vengono formati ogni anno prima di andare in luoghi dove i carichi di lavoro sono insopportabili, con 6 o 7 turni notturni al mese e fine settimana sempre occupati tra guardie e reperibilità, cercano

altrove, aiutati da una carenza di personale che offre loro possibilità di scelta. Si tratta di un lavoro poco appetibile, con carichi di lavoro crescenti e stipendi bassi dato che il contratto è fermo al 2018. Una situazione che mette a rischio il diritto di accesso alle cure dei cittadini».

**Rendono** poco appetibile il lavoro anche le numerose aggressioni fisiche e verbali ai medici e le denunce. «Una volta c'erano i presidi di polizia, ora troviamo al massimo le guardie giurate. Inoltre il contenzioso legale è elevatissimo», afferma Quici. Per sopperire alla carenza di personale, «si stanno mandando in pronto soccorso medici specialisti di altre branche o medici senza la necessaria esperienza, inviati dalle cooperative a costi elevatissimi». In tale scenario, con una possibile nuova ondata epidemica in autunno – avverte Palermo – «si rischia il default della sanità pubblica».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Lo studente sfiduciato «Turni infiniti, salari bassi»

Perché no al pronto soccorso: «È un ruolo non riconosciuto come merita»

All'ultimo  
 anno di studi

MILANO



**Federico Ruoli**

Specializzando in Oftalmologia

Federico Ruoli, 30 anni, lavora all'ospedale San Matteo di Pavia ed è specializzando all'ultimo anno di Oftalmologia. «Non ho mai pensato a Medicina d'urgenza perché preferisco la sala operatoria e l'ambito ambulatoriale al pronto soccorso. Un medico di Medicina d'urgenza viene pagato poco e sottoposto a turni massacranti. Inoltre si è più esposti, anche fisicamente»

di **Giulia Bonezzi**

MILANO

**Federico Ruoli** ha trent'anni, lavora all'ospedale San Matteo di Pavia, è specializzando all'ultimo anno: Oftalmologia. Al momento di scegliere non ha avuto dubbi, perché «in una medicina iperspecialistica ti deve piacere davvero quello che fai». A Medicina d'urgenza non ha proprio pensato, la sua esperienza (è tra i fondatori di MeSlo, associazione degli specializzandi in Lombardia, e rappresentante di Federspecializzandi per le scuole chirurgiche nell'Osservatorio nazionale formazione sanitaria specialistica) non gli ha fatto cambiare idea. E non è solo una questione di soldi.

**Perché Medicina d'urgenza no?**

«Innanzitutto per predisposizione: amo stare in sala operatoria e preferisco l'ambito ambulatoriale al reparto o al pronto soccorso, abbiamo molta più autonomia. Posso gestire il paziente dalla diagnosi al follow-up. E, non lo nego, è un campo che permette di svolgere attività libero-professionale».

**Mentre per un medico d'emergenza-urgenza è dura.**

«Esatto, a meno di non acquisire competenze ulteriori. Non è da sottovalutare il fattore retribuzione: c'è un enorme gap con l'impegno richiesto, soprattutto dal pronto soccorso di oggi, che hanno sempre più lavoro e sempre meno personale. Per tamponare le carenze si sono create 'corsie parallele' di gettonisti e co-co-co, che sono pagati meglio e hanno più libertà sulla turnistica degli strutturati (as-

sunti, ndr). Se il bonus notturno di uno strutturato vale quanto un'ora del gettonista, non stupisce che ci sia chi si dimette per lavorare a chiamata».

**Ma la specializzazione è una scelta che si fa a monte.**

«Certo, e c'è chi ama il lavoro su turni, che può dare più libertà, la possibilità di staccare. Ma se si è sovrasfruttati, se i turni sono massacranti, il tempo libero serve solo per recuperare. Penso che il pronto soccorso oggi sia tra gli ambienti più difficili in cui lavorare, ci sono tantissimi rischi. Professionali, se fai troppe ore e vedi troppi pazienti; anche i premi assicurativi per chi ci lavora sono più alti. E personali: il rapporto con l'utenza non è filtrato, si è più esposti anche fisicamente. Il problema più grosso però penso sia la qualità del lavoro. E il ruolo».

**In che senso?**

«Medicina d'urgenza è una specialità relativamente 'giovane' (in Italia esiste dal 2008, ndr), chi la frequenta sa cos'è un medico d'urgenza, ma il sistema, la politica, no. Si pensa ancora che in pronto soccorso possa andare qualsiasi specialista, o anche non specialista, e l'urgenza di 'tappare i buchi' peggiora questa situazione. L'idea di studiare anni per imparare qualcosa che so fare solo io, ma che non mi viene riconosciuto mi avrebbe fatto sentire limitato».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



# Il medico che ci crede «Qui ci si forma davvero»

**Perché si al pronto soccorso:** «La sera si torna a casa stanchissimi ma appagati»

## In reparto da otto mesi

PRATO



**Andrea Meoni**

Specializzato in Medicina di urgenza

Andrea Meoni, pratese, classe 1978, lavora da otto mesi al pronto soccorso dell'ospedale di Prato. «Ho scelto di fare il medico per una passione che ho scoperto al quarto anno delle superiori. Ho deciso di lavorare al pronto soccorso nonostante sapessi a cosa andavo incontro, ma ho voglia di sentirmi un medico completo. Bisogna seguire il cuore, non il portafoglio»

## Tecnico nel mirino

PAURA A TARANTO



**Aggressione in radiologia**

La furia dei parenti di un paziente

Un tecnico di radiologia è stata aggredita lunedì sera, al pronto soccorso del Santissima Annunziata di Taranto, da parenti e amici di un paziente. A rivelarlo sono state fonti sindacali: «Ora basta - ha detto il presidente dell'Ordine delle Professioni infermieristiche (Opi) di Taranto, Pierpaolo Volpe -, Pretendiamo delle risposte concrete sulle tutele per il personale sanitario»

di **Silvia Bini**

PRATO

**'Va dove** ti porta il cuore' scriveva Susanna Tamaro nel 1994. È esattamente quello che ha fatto Andrea Meoni, pratese, classe 1978, scegliendo di entrare in servizio al pronto soccorso dell'ospedale di Prato, una delle strutture più sotto stress della Toscana. Il luogo per eccellenza della sanità nazionale in perenne affanno, a causa della costante fuga di camici bianchi. Stipendi bassi, sacrifici enormi, ferie mancate. Motivi che hanno portato a innescare una vera e propria emergenza in termini di personale. A otto mesi di distanza dalla scelta che gli ha cambiato la vita, Meoni, specializzato in Medicina di urgenza con un passato nella guardia medica e come dottore di famiglia, rivendica con forza quanto deciso.

**Meoni, a novembre ha deciso di entrare a lavorare in pronto soccorso: è ancora certo di aver fatto la scelta giusta?**

«Convintissimo perché è il luogo formativo per eccellenza: qui si incontrano tutte le tipologie di malattie e problemi, si lavora a stretto contatto con infermieri e specialisti. È bellissimo».

**Non le fanno invidia i colleghi che percepiscono molto più del suo stipendio senza sostenere i ritmi estenuanti del pronto soccorso?**

«Non c'è paragone rispetto a professionisti che visitano in am-

bulatori privati, siamo pagati poco per il lavoro che svolgiamo, ma ho scelto di fare il medico per una passione che ho scoperto al quarto anno delle superiori».

**Quale è stata la molla?**

«Entrare come volontario nella associazione Pubblica Assistenza mi ha permesso di conoscere il mondo dell'emergenza. Quando sono salito per la prima volta su un'ambulanza ho capito che quella era la mia strada».

**C'è un episodio che le ha segnato la carriera?**

«Le esperienze con giovani e bambini sono quelle che segnano maggiormente. Durante un intervento col 118 due genitori disperati mi gettarono letteralmente tra le braccia il loro bambino piccolissimo. Era in arresto respiratorio, abbiamo fatto di tutto per salvarlo. Quando ha ripreso conoscenza è stata una felicità immensa».

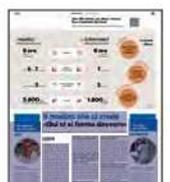
**Come è maturata la scelta di entrare in pronto soccorso?**

«Ho preso questa decisione nonostante sapessi a cosa andavo incontro, ma ho voglia di sentirmi un medico completo. La sera torno a casa stanchissimo, ma pienamente appagato».

**Cosa si sente di dire ai giovani che vogliono intraprendere la carriera medica?**

«Ragazzi, seguite il cuore e non il portafoglio. La passione paga più di quanto si possa immaginare».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



## ADDIO

### Sileri si tira fuori «A fine legislatura torno a fare il medico»

••• Pierpaolo Silveri non si ricandiderà alle prossime elezioni politiche in programma il prossimo 25 settembre. Il nome del sottosegretario alla Salute era stato inserito nei giorni scorsi tra i possibili candidati di «Impegni Civico», il nuovo movimento politico fondato da Luigi Di Maio e Bruno Tabacci. Notizie infondate, come spiega lo staff di Sileri, che conferma che il sottosegretario non ha intenzione di ricandidarsi e, alla fine della legislatura, tornerà alla sua professione di medico e professore. «In merito alle no-

tizia sulle candidature per le prossime elezioni politiche a Roma e nel Lazio, nella quale si fa il nome, tra gli altri, di Pierpaolo Sileri, il sottosegretario alla Salute ribadisce, come ha più volte avuto modo di affermare, che al termine di questa legislatura tornerà al proprio lavoro di chirurgo e professore universitario e che non si candiderà con nessuna forza politica», precisa in una nota lo staff di Sileri.

**Pierpaolo Sileri**  
Sottosegretario alla Salute  
(LaPresse)



**IL CASO CAPPATO**

## Suicida in Svizzera Violate regole e umanità

Ventiquattr'ore sono intercorse tra il solito annuncio mediatico dell'Associazione Luca Coscioni e la morte di Elena, la donna veneta malata di cancro andata in Svizzera a cercare la morte. Flick: «Una provocazione».

**Daloiso e Picariello** a pag.12

# I riflettori puntati sul suicidio di Elena «Si tenta di nuovo di forzare la legge»

**VIVIANA DALOISO**

**D**i copione abbiamo parlato ieri sulle pagine di *Avvenire*, e il copione si è ripetuto per filo e per segno fino alla fine. Che, drammaticamente, è quella della vita di Elena. Ha gli occhi spenti e il corpo divorato dalla malattia, nell'ultimo video che l'Associazione Luca Coscioni non ha mancato di far circolare nelle ultime ore (anche questo un replay di quanto accaduto con "dj Fabo", con Davide Trentini, più recentemente con "Mario" - all'anagrafe Federico Carboni - morto dopo la somministrazione di un farmaco letale in Italia): «Ho detto a mio marito e

alla mia famiglia: sono davanti a un bivio - spiega la donna veneta, 69 anni -. Posso prendere una strada un po' più lunga che mi porta all'inferno. E un'altra, più breve, che mi porta in Svizzera. Ho scelto la seconda». Che in Italia però, per la sua malattia (di cui soffrono purtroppo decine di migliaia di persone), non è affatto consentito intraprendere. Ad accompagnarla c'era Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni, che appena lunedì aveva fatto sapere di trovarsi Oltralpe per dare seguito alla richiesta di "aiuto" ricevuta da parte di una paziente affetta «da una patologia oncologica polmonare irreversibile e con metastasi». Ventiquattr'ore dopo, l'annuncio definitivo via Twitter: «Elena ha appena confermato la sua volontà: è morta, nel modo che ha scelto, nel Paese che glielo ha permesso». Per

Cappato si è trattato dell'ennesimo atto di "disobbedienza civile", come la chiamano i radicali, dal momento che la donna non era tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, quindi non rientrava nei casi previsti dalla sentenza numero 242 del 2019 della Corte costituzionale. Cappato, che ha fatto sapere di essere intenzionato ad autodenunciarsi a Milano (dove per altro è già stato assolto per la morte di "dj Fabo"), ora torna dunque a rischiare fino a 12 anni di carcere per l'accusa di aiuto al suicidio: appena due anni fa era stato nuovamente assolto, stavolta a Massa, per avere aiutato a morire Davide Trentini, malato di sclerosi multipla, anche in quel caso non tenuto in





vita da macchinari.  
«È arrivato l'immane scoop estivo dei radicali che come sempre cercano di forzare il sistema orientando i riflettori su di sé – commenta il presidente del Movimento per la Vita, Marina Casini –. Proprio in questi giorni ho avuto due richieste di aiuto da parte di persone che non sapevano come fare a offrire assistenza ai loro cari gravemente malati, sia per quanto riguarda l'assistenza a domicilio, sia per quanto riguarda l'accoglienza in un hospice una volta arrivate le dimissioni dall'ospedale. A tema nell'uno e nell'altro caso le cure palliative, le necessità assistenziali da soddisfare, il conforto in un momento difficile. Questi sono i

veri bisogno di cui dobbiamo occuparci non l'ideologia del prestarsi diritto alla morte volontaria assistita». Duro anche il giudizio del presidente di Scienza&Vita, Alberto Gambino: «Rattrista molto, oltre alla vicenda umana e dolorosa di Elena, l'ennesimo tentativo di forzare l'ordinamento giuridico italiano utilizzando un caso pietoso anziché la più lineare via della legge – spiega –. La realtà è che quando le leggi non danno ragione, allora si usa il grimaldello dell'autodenuncia, confidando che i magistrati arrivino dove non arriva il Parlamento». Una visione capovolta del confronto democratico «che ha portato nel 2017 ad una legge sul fine vita che non ha previsto, così come la successiva sentenza del-

la Corte costituzionale del 2019, che le malattie oncologiche possano essere considerate situazioni tali da consentire un decesso anticipato – continua Gambino –. E la ragione è facilmente intuibile: non basta un caso singolo, pur dolorosissimo, per tracciare un orizzonte collettivo e generale di morte provocata a disposizione di tutti malati oncologici. Se così fosse ne uscirebbe annientato il ruolo del servizio sanitario che cesserebbe di curare i pazienti terminali, cedendo rapidamente il passo a protocolli ben meno costosi di assistenza al suicidio, reclamati evidentemente soprattutto dai pazienti più indigenti e soli».

## IL CASO

La 69enne veneta, malata di cancro, ha avuto accesso ieri al suicidio assistito in una clinica elvetica. Nell'ultimo video le sue parole: «Ero a un bivio, ho scelto questa strada»  
Cappato pronto ad autodenunciarsi a Milano

Casini (Movimento per la vita): «Cure palliative e necessità assistenziali i veri bisogni delle persone». Gambino (Scienza&vita): «Un caso singolo non può tracciare un orizzonte generale e collettivo di morte provocata»

Sul profilo YouTube dell'Associazione Luca Coscioni l'ultimo messaggio di Elena, suicida ieri in Svizzera





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

INTERVISTA ALL'EX GUARDASIGILLI E PRESIDENTE EMERITO DELLA CORTE COSTITUZIONALE

# Flick: «Una provocazione ben calcolata Sono gli effetti dell'inerzia del Parlamento»

ANGELO PICARIELLO

«**H**o letto le dichiarazioni di Marco Cappato. Esse mostrano la piena consapevolezza di star compiendo un gesto provocatorio, reso possibile dall'inerzia del Parlamento», commenta Giovanni Maria Flick. L'ex Guardasigilli e presidente emerito della Consulta ha più volte avvertito del rischio che si correva nel non prendere in considerazione i ripetuti inviti della Corte Costituzionale a legiferare sull'aiuto al suicidio.

**Le resistenze di molti esponenti politici partono dall'esigenza di non avallare, sancendolo per legge, il via libera al suicidio assistito venuto dalla Consulta, sia pur in alcuni casi limite.**

Ma chi ragiona così ottiene il risultato opposto a quello che si ripropone. Io ho espresso qualche perplessità sul carattere "creativo" della sentenza che, intervenendo sul caso di Dj Fabo, depenalizzava l'intervento di Cappato, subordinandolo a quattro presupposti. Li ricordiamo: il valido consenso del paziente; la sofferenza da lui ritenuta intollerabile; una prognosi infausta irreversibile, e infine la dipendenza da supporti vitali. Come si vede, invece, non legiferando si apre la strada a una deriva che, con l'intervento del giudice caso per caso, arriva inevitabilmente a un progressivo ampliamento dei casi consentiti.

**Ma si sostiene che è proprio la sentenza della Corte ad aver aperto la strada a casi come quello, ultimo, della signora Elena.**

Ma questo è un caso che si colloca al di fuori del sistema previsto dalla Consulta con quella sentenza, ed è stato reso possibile dall'assenza di una legge che purtroppo non è arrivata, perché si è partiti troppo tardi per rispondere alla richiesta della Corte.

**Quale manca dei quattro criteri?**

Manca il quarto, la dipendenza da un intervento medico-sanitario che la tenga in vita, come han-

no confermato le ultime dichiarazioni rese dalla signora Elena. Così però si apre la strada alla liberalizzazione del suicidio assistito, che si sarebbe potuta impedire, e si può ancora impedire, attraverso l'approvazione di una norma, che partendo dalla impostazione data dalla Corte disciplini bene i singoli casi, evitando che si proceda per provocazioni, caso per caso.

**Si punta ad ottenere un passo alla volta quello che non è stato possibile ottenere tramite referendum.**

La Corte Costituzionale nel dichiarare inammissibile il quesito radicale sul fine vita ha ribadito il principio che su temi così delicati, che riguardano il diritto alla vita e a una morte dignitosa, lo strumento del referendum abrogativo è inadeguato, e occorre un pronunciamento legislativo di tipo tradizionale. Ma il Parlamento non ha colto nemmeno stavolta questo invito.

**La Camera si è pronunciata.**

Ma non basta e la legislatura volge al termine. Un tardivo intervento del Senato tenderei ad escluderlo, non mi pare che siamo nell'ambito di quegli interventi urgenti che sono ipotizzabili anche a Camere sciolte. Per cui è un'occasione mancata, c'è solo da sperare che in virtù di una nuova consapevolezza provveda il prossimo Parlamento.

**Lei parla di provocazione consapevole. Alla fine vede anche l'intento di inserirsi con una propaganda indiretta in questa campagna elettorale?**

Non me la sento di affermarlo, ma a giudicare dagli effetti causati da questo atto provocatorio questo effetto può essere in *in re ipsa*, al di là del fatto se sia stato voluto o meno.

«Quest'ultimo caso non rientra fra quelli in cui la Consulta ha depenalizzato l'aiuto al suicidio L'assenza di una legge comporterà una pericolosa deriva»



Giovanni Maria Flick / Ansa



LONDRA

## Archie, respinto l'estremo ricorso dei suoi genitori "Staccare la spina"

ALESSANDRARIZZO  
LONDRA

Per Archie Battersbee, il 12enne inglese da mesi attaccato a una macchina che lo tiene in vita, non c'è più speranza: la spina verrà staccata alle 11 di oggi (mezzogiorno in Italia). La Corte Suprema ha respinto il ricorso dell'ultima ora dei genitori, che si erano opposti alle decisioni dei medici, e dei tribunali britannici, di porre fine al sostegno vitale. «So che Archie è ancora con noi, è ancora qui», aveva detto ieri la mamma, Hollie Dance. Ma con questa decisione, le vie legali possibili per la famiglia si sono esaurite.

Archie è stato trovato privo di conoscenza lo scorso 7 aprile nella sua casa dell'Es-

sex, secondo la mamma dopo aver preso parte ad una sfida sui social finita tragicamente. Da quel momento non si è più risvegliato: ricoverato al London Royal Hospital, è in coma, tenuto in vita dalla ventilazione assistita e da una terapia farmacologica. I medici ritengono che i danni cerebrali siano irreversibili, e che non abbia alcuna possibilità di risveglio. I genitori, Hollie, 46 anni, e Paul, 57, pensano, ma forse sperano soltanto, di vedere dei piccoli progressi nel ragazzo, come per esempio un impercettibile movimento nella mano, ma è un parere non supportato dai dottori. E così Archie, come in altri tristi casi prima di lui, è finito al centro di una batta-

glia legale. La mamma di Archie ha usato parole durissime, accusando i medici di avere trattato la famiglia in maniera insensibile e di aver mandato una lettera per informarli dell'«esecuzione» del figlio. La battaglia ha visto coinvolti tribunali, giudici, persino un interessamento del governo e la richiesta di un esame del caso da parte del comitato Onu per i diritti delle persone con disabilità.

Dopo vari appelli e tutti i gradi di giudizio, l'alta corte di Londra aveva dato il via libera per staccare Archie dalla ventilazione assistita a mezzogiorno di ieri. I genitori in mattinata avevano presentato un appello alla Corte Suprema per chiedere

più tempo e consentire al comitato Onu di esaminare il caso. Hanno guadagnato qualche ora, un giorno. Ma l'appello è stato respinto «con la morte nel cuore» dai tre giudici della massima corte britannica, che ha dato ragione ai tribunali di grado inferiore. «Non è giusto, Archie è mio figlio - la disperazione della mamma -. Non dovrebbe spettare ad altre persone decidere dove esala l'ultimo respiro, e se debba vivere o morire. È sbagliato». —

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**DOPO TANTI ANNUNCI**

Settembre, quarte  
dosi di vaccino  
anche in farmacia

© RONCHETTI A PAG. 19

COVID-19 • Campagna d'autunno: quarte dosi sotto casa

# Palla alle farmacie: "Fatevi i vostri mini hub vaccinali"

» **Natascia Ronchetti**

**A**nche le farmacie adesso potranno creare dei mini hub vaccinali, consorziandosi tra loro, per somministrare sia i vaccini contro il Covid sia quelli contro l'influenza stagionale.

I farmacisti potranno vaccinare anche i bambini mentre non saranno autorizzati a procedere sui soggetti con estrema vulnerabilità o su quelli che hanno avuto una reazione allergica o anafilattica. Questo a patto che abbiano superato l'apposito corso di formazione e seguito gli aggiornamenti annuali promossi dall'Istituto superiore di sanità. Con il protocollo d'intesa tra governo, Regioni, Federfarma e Assofarm (a quest'ultima associazione fanno capo le farmacie comunali) le strutture potranno costituire consorzi, per creare piccoli hub anche al di fuori della sede farmaceutica. Soluzione pensata soprattutto per le aree maggiormente periferiche (come quelle di montagna) e per le farmacie più piccole. Anche per evitare ai cittadini lunghi spostamenti e per tentare di sgravare gli hub allestiti dalle aziende sanita-

rie, riportando così i medici negli ospedali e sul territorio per cercare di abbattere le liste d'attesa. Cosa che per Marco Cossolo, presidente di Federfarma, "è un grande passo in avanti verso la farmacia intesa come presidio sanitario". Ma tutto ciò potrà avvenire solo se le regioni daranno attuazione rapidamente all'accordo nazionale, che deve essere seguito da intese territoriali. E non è affatto scontato.

**COME È GIÀ ACCADUTO** negli ultimi due anni i protocolli siglati a Roma sono rimasti inapplicati per svariati mesi, in alcune aree, disegnando un'Italia a macchia di leopardo per l'attivazione dei servizi. Alcune Regioni hanno corso altre sono rimaste ferme. Non a caso Andrea Mandelli, presidente di Fofi, Federazione degli Ordini dei farmacisti, auspica che "questa grossa opportunità venga colta velocemente. Per questo abbiamo sensibilizzato il presidente della Conferenza delle Regioni, Massimiliano Fedriga". Anche perché con la riapertura delle scuole, in settembre, la circolazione del virus Covid-19 potrebbe nuovamente accelerare e in ottobre dovrà essere pianificata la campagna vaccinale contro l'influenza. I piccoli hub potrebbero spingere più persone a vaccinarsi contro

l'influenza.

L'anno scorso le regioni si dotarono di oltre 12 milioni di dosi. Ne usufruirono complessivamente più di 8,1 milioni di over 65, soggetti a rischio come i bambini (furono poco più di 529 mila i bimbi protetti di età compresa tra i sei mesi e gli otto anni). Ma la campagna vaccinale contro l'influenza non fu un successo. Coinvolse il 20,5% della popolazione, contro il 23,7% dell'anno precedente. L'intesa sottoscritta prevede che le farmacie possano attivarsi dopo aver fatto richiesta all'Ausl di competenza: per ogni somministrazione percepiranno un compenso di 6,16 euro. Potranno farlo secondo i programmi di individuazione della popolazione target definiti dalle



autorità sanitarie. I punti di somministrazione dovranno essere collocati in un'apposita area esterna o interna, purché separata dagli spazi dedicati all'accoglienza e alle attività ordinarie. I mini hub potranno operare sette giorni su sette, quindi anche la domenica. E la vaccinazione sarà eseguita dopo la presentazione della tessera sanitaria e la compilazione del consenso informato. Al termine il soggetto vaccinato dovrà restare in una apposita area

per 15 minuti, per verificare che non insorgano reazioni avverse immediate.

Qualora dovesse accadere il farmacista è tenuto a fornire tutto l'occorrente per il supporto di emergenza e ad allertare il 118. La persona vaccinata riceverà poi un attestato mentre il farmacista caricherà i dati sulla piattaforma informatica per alimentare l'anagrafe vaccinale.

**SPALLANZANI  
SARÀ CENTRO  
ANTI-VAIOLO**



**DIVENTERÀ** anche un centro per la vaccinazione anti-vaiolo delle scimmie l'Istituto Spallanzani di Roma. Lo Spallanzani sta collaborando col ministero alla redazione delle linee guida sul tema.

**INTOPPI  
SARANNO  
NECESSARI  
CORSI  
FORMATIVI  
PER  
IL PERSONALE**



06

## **Studio Covid, gene riduce rischio morte del 35%: ce l'ha 1 europeo su 10**

C'è un gene che si chiama GNB3 e che può ridurre di oltre un terzo il rischio di morire per Covid-19. I portatori della versione GNB3 TT correrebbero infatti un pericolo del 35% inferiore di andare incontro a decesso a causa della malattia causata da Sars-CoV-2. Lo annuncia un gruppo di scienziati dell'Università di Duisburg-Essen (Ude) nella Germania occidentale, autori di uno studio pubblicato su 'Frontiers in Genetics'. Si stima che il 10% della popolazione europea porti nel Dna il particolare polimorfismo protettivo, riportano i ricercatori.

Il team ha seguito 1.570 pazienti con diagnosi di Covid ricevuta tra l'11 marzo 2020 e il 30 giugno 2021, prima della comparsa della variante Omicron oggi dominante. Del totale contagiati, 205 (13%) hanno avuto una malattia lieve, 760 (48%) sono stati ricoverati in ospedale, 292 (19%) in terapia intensiva e 313 (quasi il 20%) sono morti. Tra i fattori che rendevano meno probabile il decesso, gli scienziati hanno scoperto che c'era il gene GNB3 TT, oltre a caratteristiche come essere più giovani e non soffrire di patologie preesistenti come ad esempio diabete.

GNB3 codifica per proteine dette G, coinvolte in una serie di processi biologici tra cui l'attivazione delle cellule immunitarie. Avere la versione protettiva di questo gene porterebbe a una risposta più rapida da parte delle naturali difese dell'organismo, ha spiegato all'agenzia tedesca Dpa uno degli autori del lavoro, Birte Möhlendick.



## Le terapie

### Monoclonali: nuova autorizzazione Aifa

La Commissione Tecnico Scientifica (CTS) di Aifa ha autorizzato l'utilizzo dell'anticorpo monoclonale Evusheld (tixagevimab e cilgavimab) nel trattamento precoce di soggetti con infezione da SARS-CoV-2 a rischio di una forma grave di COVID-19. Lo rende noto l'Agenzia del farmaco in una nota. Finora il medicinale era

disponibile solo per la profilassi pre-esposizione in soggetti ad alto rischio. In questo modo l'Aifa «rende disponibile un'opzione terapeutica per via intramuscolare per i soggetti nei quali la prescrizione dei farmaci antivirali e degli anticorpi monoclonali autorizzati è considerata inappropriata dal punto di vista clinico e epidemiologico».



04

## Come ottimizzare vaccinazioni in pandemie, studio Cnr-Campus BioMedico

Ottimizzare le vaccinazioni durante le pandemie per supportare i piani di intervento in caso di emergenze analoghe a Covid-19, ovvero epidemie in grado di porre il sistema sanitario, la società e l'economia sotto stress. E' l'obiettivo del primo framework ad hoc per azioni mirate nelle emergenze epidemiche, messo a punto da ricercatori dell'Istituto dei sistemi complessi del Cnr e dell'Università Campus Bio-Medico di Roma. Il lavoro, svolto in collaborazione con il centro di super-calcolo della Hokkaido University (Giappone) e pubblicato su 'Plos One', è stato realizzato da Antonio Scala, primo ricercatore dell'Istituto dei sistemi complessi del Consiglio nazionale delle ricerche (Cnr-Isc), e Gabriele Oliva, ricercatore dell'Università Campus Bio-Medico.

"Il modello proposto permette di ottimizzare gli effetti delle vaccinazioni e quelli di interventi non farmaceutici come quarantene, distanziamenti sociali o obbligo di mascherine", spiega Scala. "Lo studio pubblicato mostra come gestire al meglio l'obiettivo di raggiungere l'immunità di gregge senza creare congestioni nel sistema sanitario e tenendo conto di molteplici fattori, quali diverse classi di popolazione, vaccini con diversa efficacia e con effetto parziale e ritardato, la possibilità di una seconda o successive dosi e la disponibilità di vaccini", elenca. La metodologia propone una pianificazione dettagliata e quotidiana e fornisce spunti sul piano clinico e decisionale.

"Il framework conferma che, inizialmente, la scarsità di vaccini dovrebbe essere affrontata imponendo un rigoroso distanziamento sociale e propone delle strategie di priorità della vaccinazione basate sull'età e sul livello di



diffusione dell'epidemia", riferisce Scala. "Un'ulteriore possibilità - aggiunge - è quella di aggiustare il tiro nel caso di epidemie la cui durata superi il previsto o che, a causa di mutazioni degli agenti patogeni, si trasformino in pandemie: in tal caso, usando un approccio closed-loop, il framework indica come assicurare l'intervento migliore in base ai dati a disposizione, riprogrammando la logistica quando nuovi fattori entrino in gioco".

La pubblicazione rappresenta il primo contributo scientifico del gruppo di ricerca del ministero della Salute per la Ghsa (Global Health Security Agenda), la cui presidenza è al momento italiana.



## La biopsia liquida guida le cure per il colon

### LA TERAPIA

**L**a scelta della terapia giusta, per il paziente giusto, al momento giusto: un obiettivo che sembra più vicino per il tumore del colon-retto metastatico, grazie alla biopsia liquida che consente di analizzare il Dna tumorale con un prelievo di sangue. In modo da selezionare i pazienti in base alle caratteristiche molecolari della neoplasia in quel

momento, a prescindere dalle precedenti terapie.

Per la prima volta, vengono sfruttate le potenzialità della biopsia liquida per monitorare l'andamento del tumore e guidare la terapia, consentendo di escluderla nei pazienti con geni mutati. Lo rivela lo studio Chronos, coordinato dall'Irccs Candiolo di Torino e dall'Ospedale Niguarda di Milano, con le Università di Torino e Milano, l'Istituto dei Tumori di Milano, l'Istituto Oncologico Veneto di Padova. Pubblicato su *Nature Medicine* rientra nel contesto di un finanziamento di ricerca

Airc 5x1000.

«Nei pazienti con tumore al colon-retto metastatico, molte terapie a bersaglio molecolare si basano su anticorpi monoclonali - spiega Alberto Bardelli, co-autore dello studio e professore all'Università di Torino - Sebbene la terapia risulti efficace, la maggior parte dei pazienti sottoposti a questo trattamento, può sviluppare nel tempo resistenza al farmaco e la malattia progredisce».





Antonio Graziano, scienziato e presidente della Hbw, società titolare del progetto Cardiograf.

Hanno inventato un sistema di trapianto «autologo» che potrebbe

# LA RIVOLUZIONE

cambiare per sempre le tecniche operatorie. Però a causa

## DELLA **CARDIOCHIRURGIA**

del Sistema sanitario nazionale combinato alla burocrazia, gli scienziati della Hbw

## È ITALIANA. MA STA IN FINLANDIA

hanno dovuto spostare la sperimentazione al Policlinico di Helsinki. Con ottimi risultati.

di Simone Di Meo

**L**a tecnica operatoria che potrebbe rivoluzionare la cardiocirurgia mondiale è italiana. Ma nel nostro Paese fino a oggi è stato impossibile sperimentarla. «Abbiamo dovuto rivolgerci all'estero per poter avviare i "trial" clinici» spiega a *Panorama* Antonio Graziano, scienziato e presidente della Hbw, società titolare del progetto Cardiograf. «Alla fine siamo arrivati in Finlandia. I risultati? Sei pazienti sono stati sottoposti al trattamento dei microinnesti con un follow up quinquennale che decreta il successo del progetto».

La procedura di intervento si basa sul «sistema Rigenera», che ha già attirato l'attenzione della Nato e dell'Agenzia spaziale europea per la possibilità di riparare porzioni di ossa e di pelle che abbiano riportato ferite lacerato-contuse o ustioni, attraverso un trapianto «autologo» in cui il paziente e il donatore sono la stessa persona.

Nel caso di un infarto o di un trauma cardiaco, il protocollo funziona allo stesso modo. Viene prelevato un piccolissimo pezzetto di cuore sano mediante una biopsia e da questo vengono poi ricavati tanti piccolissimi frammenti vivi (in pratica, i microinnesti) che saranno in grado di «ricostruire» la parte malata del cuore.

Questo passaggio avviene mediante la creazione di una sorta di «cerotto» naturale, grazie a un trattamento con alcuni biomateriali, oppure infiltrando i microinnesti direttamente nella parte malata del cuore perché si rigeneri dall'interno. In questo modo, la parte di muscolo cardiaco danneggiata non dovrà essere né trattata con un bypass né sostituita con l'intero organo. Semplicemente sarà autoriparata dalle stesse cellule dell'organismo che ricostituiranno il tessuto deteriorato. In pratica, l'officina corpo umano fabbrica da sé i pezzi da sostituire.

Le ricadute mediche di questa pratica sono potenzialmente inimmaginabili.

Le criticità legate ai trapianti (il rischio di un rigetto, le difficoltà di reperimento degli organi, la compatibilità delle matrici organiche) verrebbero di colpo azzerate o, comunque, diluite in un arco temporale assai più lungo di quello di cui ora dispone un malato in lista di attesa. Un microinnesto potrebbe, infatti, secondo gli studi clinici, rimandare il momento dell'eventuale trapianto potenzialmente fino a 15 anni. Un orizzonte temporale attualmente irraggiungibile per chiunque.

«I pazienti sottoposti a trattamento in Finlandia stanno tutti bene» sottolinea Graziano. «I risultati sono stabili e sono validi».

Ma com'è nata questa collaborazione con il Policlinico di Helsinki? «Loro cercavano una tecnologia per risolvere i problemi legati all'uso delle staminali nella rigenerazione cardiaca, che non avevano dato i risultati clinicamente sperati. I microinnesti potevano essere la soluzione. Erano compatibili con la normativa e più vantaggiosi dal punto di vista biologico. Così, dopo un lungo iter di test e verifiche, siamo diventati partner per questo programma».

Prossimamente, alla Finlandia si unirà anche l'università di Tokyo. «Una collaborazione che ci fa onore ma che racchiude un po' il paradosso della storia della nostra azienda» prosegue Graziano. «Abbiamo sviluppato forme di cooperazione scientifica con i Paesi più avanzati al mondo come Stati Uniti, Israele, Giappone, appunto, ma in Italia dobbiamo dialogare con l'impiegato dell'Asl che, senza nemmeno approfondire le carte, ci contesta che il trattamento non è conforme...».

L'Italia per questa volta ha perso l'occasione di essere la nazione pilota nel trattamento della rigenerazione cardiaca. E non solo per colpa della cecità di pochi. È tutto il sistema a funzionare poco e male, secondo Graziano. «Il Servi-

zio sanitario nazionale non è a oggi una struttura in grado di sostenere il mondo ad alta competizione in cui operano le aziende biotech» denuncia il presidente di Hbw. «E la cosa più triste è che, nonostante la ricerca italiana si confermi di altissimo livello, nessuno si preoccupa di valorizzarla. E questo accade per vari motivi: per limiti di budget, per preclusioni ideologiche ma soprattutto per la farraginosità delle procedure che attualmente coinvolge anche i policlinici universitari, rendendo molto difficile di fatto l'attività di ricerca clinica».

«Centralismo statalista con un surplus di burocrazia locale», lo definisce Graziano. «Il Ssn così com'è concepito in Italia» prosegue, «esiste solo in pochissime realtà del mondo, che comunque hanno caratteristiche demografiche e socio-economiche completamente diverse dal nostro Paese. La rigidità del sistema, d'altronde, si è dimostrata in tutta evidenza durante la pandemia sul tema di approvvigionamenti, logistica e assunzione di nuovi modelli diagnostici e terapeutici».

Il Pnrr, il tanto atteso Piano nazionale di ripresa e resilienza, potrebbe essere l'occasione giusta per invertire la rotta. «In teoria, sì» riflette Graziano. «Ma poi chi assicura che, dopo aver finanziato la ricerca, l'Italia sostenga i progetti che si sviluppano entro i suoi confini per dare una svolta significativa di innovazione anche in campo sanitario? Dobbiamo evitare il paradosso che in futuro i nostri pazienti siano costretti a "emigrare" all'estero per curarsi con tecnologia italiana».

**Nel progetto di Hbw si creano in laboratorio nuovi tessuti partendo da un frammento di cuore sano, che poi si «reinnestano».**





Dir. Resp. Marco Tarquinio

IL PROGETTO

# In Olanda tra anziani e disabili con l'arte fiorisce anche l'umanità

PAOLO M. ALFIERI

Inviato a Utrecht (Olanda)

**S**uonano chitarrine in legno che riproducono solo due note, fanno vibrare a ritmo sul pavimento bastoni di legno alla cui estremità hanno fissato nastri colorati e piccoli sonagli, riempiono la stanza con il loro coro, fatto di strofe semplici ma coinvolgenti. La gran parte ha più di 80 anni, molti sono in sedia a rotelle, gli sguardi sono gioiosi, mentre seguono le indicazioni rapide del maestro, Peter De Boer. È la Grijze Koppen Orkest, l'Orchestra delle teste grigie di Utrecht, Olanda, Paese in cui l'invecchiamento vuole essere, sempre più, "creativo". E non solo a suon di musica. Nell'arte visiva, nel teatro e nella danza, i percorsi per rendere la cosiddetta terza età un momento in cui coltivare interessi, allontanando isolamento e apatia, sono sempre più numerosi e sostenuti dal settore pubblico in collaborazione con quello privato. Era così già negli anni precedenti al Covid-19, lo sarà ancora di più ora, sottolineano le autorità olandesi, ora che la pandemia ha lasciato dietro di sé gli strascichi della solitudine e mostrato la vulnerabilità di una società in cui spesso i legami familiari sono indeboliti dalle distanze. Un'attenzione che non è rivolta solo a chi è già anziano, ma anche a chi lo sarà da qui a qualche anno, e a chi, al di là dell'età, soffre di condizioni di salute particolari, come la demenza.

L'orchestra diretta da De Boer è tra gli oltre cento progetti sostenuti ogni anno dal Fondo per la partecipazione culturale, ente finanziato dal governo olandese. Organizza attività annuali nelle case di riposo, utilizza la musica come una sorta di "terapia aggiuntiva" per disabili e anziani. «La musica è magica – sottolinea De Boer, che spesso coinvolge negli spettacoli anche i bambini insieme agli anziani –. Gli strumenti che utilizziamo li facciamo creare apposta. All'inizio gli anziani pensano siano poco più che giocattoli, poi si entusiasmano e in una trentina di incontri riusciamo a mettere in piedi una sorta di spettacolo». «Tramite i progetti sostenuti

puntiamo a migliorare la qualità della vita di una popolazione la cui età media è sempre più alta – spiega Jaap van Rooyen, program leader del Fondo –. Quello che cerchiamo di fare è di eliminare la barriera invisibile tra salute e cultura. È incredibile quello che accade quando una persona con demenza inizia a suonare il piano o quando si riesce a far ballare chi è affetto dal morbo di Parkinson».

L'impegno del governo dell'Aja si è tradotto nella creazione di un network di 23 città olandesi che condividono un approccio "age friendly", in cui a contare non è l'età, ma la possibilità di accesso ad una partecipazione culturale effettiva anche per chi ha qualche anno in più o soffre di patologie, con effetti benefici sulle funzioni cerebrali, cognitive, sull'inclusione sociale. Un approccio a cui ora, sottolineano dal Fondo, guardano peraltro con interesse anche gli istituti as-

sicurativi, che cominciano a finanziare alcune attività, comprendendo le conseguenze positive di un aumento della qualità della vita sulla possibile riduzione della spesa sanitaria.

Esperienze simili esistono certo anche in Italia, ma appaiono tra loro più slegate ed episodiche rispetto all'Olanda, dove anche a livello locale i Comuni fanno la loro parte. La fondazione Stichting Cultuur Eindhoven, ad esempio, con un budget da 23 milioni di euro l'anno, sostiene in questa città univer-





sitaria del sud politiche sanitarie focalizzate sul miglioramento della salute per tutti, con un occhio particolare ad anziani e adolescenti. Anche grazie alla collaborazione con il locale Philips Museum e con una schiera di designer e organizzazioni, si cercano strategie più innovative nel campo della sanità. «Uno degli obiettivi del coinvolgimento culturale e sociale degli anziani – spiega il giovane designer Mats Horbach – è di ritardare il più possibile il loro ingresso nelle case di riposo, dove il declino cognitivo può essere più rapido. È importante che gli anziani riescano a vivere nelle loro case più a lungo e in maniera più attiva». Tra le attività su cui si punta c'è la partecipazione alle visite museali. Il Van Abbemuseum, sempre ad Eindhoven, lavora da tempo al coinvolgimento di persone affette da demenza, con percorsi appositi che stimolano le percezioni sensoriali. «I loro occhi, all'inizio spenti, si accendono di nuovo», evidenzia Glenda Pattipeilohy, educatrice e curatrice.

A Rotterdam lo Scapino Ballet (la più antica compagnia di danza dei Paesi Bassi, fondata nel 1945), in collaborazione con l'insegnante Annemarie Labinjo, offre la possibilità di ballare a persone con disturbi neurologici e cronici e, in generale, a chi ha più di 55 anni e desidera mantenersi attivo. La danza come strumento di qualità della vita, una danza fatta di movimenti semplici e che chiede di "ascoltare" il proprio corpo. Sempre nella seconda città olandese, è interes-

sante l'attività del Kunsttuileen Rotterdam, fondazione indipendente in cui con pochi euro al mese è possibile affittare oltre 8mila opere d'arte. Negli ultimi anni la fondazione ha iniziato ad allestire mostre tematiche nelle case di cura, indirizzate in particolare ad anziani e persone con demenza. Una volta allestito lo spazio espositivo, l'ente organizza laboratori con l'obiettivo di evocare sentimenti, ricordi e associazioni attraverso conversazioni aperte. «L'arte visiva come mezzo sociale all'interno di un'istituzione sanitaria è efficace e innovativa – spiega Sanne Hoogeveen, fondatrice della start up Brainframe che collabora al progetto –. Guardare l'arte ispira, calma, distrae e stimola i sensi e l'attività cerebrale, rallentando il processo del disturbo cerebrale e migliorando la qualità della vita». Un obiettivo, quest'ultimo, ormai al centro di questo e di molti altri progetti analoghi in tutti i Paesi Bassi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



De Boer dirige l'Orchestra per anziani di Utrecht





Lorenzo Sacchetto, 56 anni, è tornato in sella dopo un impianto di elettrodi per la stimolazione cerebrale profonda «Possiamo uscire dall'isolamento»

# Sfida al Parkinson con la bicicletta da Padova a Roma

## LA STORIA

**V**ivere con determinazione e coraggio, nonostante il Parkinson. Si può sintetizzare così la storia di Lorenzo Sacchetto, 56 anni, manager veneto appassionato di bici, che qualche mese fa ha subito un delicato intervento al cervello. E che in questi giorni, nonostante il caldo torrido, sta pedalando da Padova verso Roma con la moglie Raffaella Roveron.

Il viaggio, di 500 chilometri, è diviso in 8 tappe. Lorenzo e Raffaella sono partiti il 31 luglio da Sant'Urbano, nella pianura veneta, e arriveranno a Roma domenica 7 agosto. Dopo una visita di controllo al Policlinico Gemelli seguiranno la ciclabile fino a Monte Ciocchi, per poi proseguire verso piazzale degli Eroi, piazza del Popolo, piazza Colonna e piazza Esedra.

La storia del manager veneto dimostra che nascondersi non serve, e che anche chi è stato colpito da una malattia cronica degenerativa può continuare, pur tra gli ostacoli, la sua vita privata e sociale.

## LO STIGMA

«Ho provato sulla mia pelle lo stigma, il senso di isolamento e

il desiderio di chiudermi in me stesso, ma ho capito che così vince il Parkinson» racconta Lorenzo Sacchetto. «C'è una tendenza a nascondersi, indotta dalla malattia, dalle difficoltà di movimento, dalla rigidità, dai tremori, dalla depressione», conferma Giangi Milesi, presidente di Confederazione Parkinson Italia.

Mesi fa, nell'Ospedale Universitario di Padova, Lorenzo Sacchetto ha subito un intervento: il neurochirurgo Andrea Landi e il neurologo Angelo Antonini gli hanno impiantato uno stimolatore cerebrale, che eroga impulsi elettrici simili a quelli di un pacemaker.

Un sistema che segue l'attività delle cellule cerebrali malate, e la può correggere riportandola a un livello quasi normale. L'operazione comporta la perforazione del cranio in due punti (uno in ciascun emisfero), e la penetrazione nel cervello con un sistema di neuronavigazione.

## L'ALLENAMENTO

«Il viaggio in bici di Lorenzo nasce da una decisione condivisa con i medici, ed è stata resa possibile dall'allenamento e da una lunga serie di esami - spiega il professor Antonini, responsabile dell'Unità Parkinson e disturbi del movimento dell'Ospedale Universitario. L'esempio di Lorenzo ci insegna che per migliorare la gestione dei sintomi, e per avere un giusto approccio al-

la malattia, affiancare alle terapie uno stile di vita attivo e dinamico può dare benefici straordinari».

## IL TEATRO

I 500 chilometri in bici dalla provincia di Padova a Roma, che Lorenzo e Raffaella stanno affrontando in questi giorni, non sono un'esperienza privata, ma fanno parte della campagna #NonChiamatemiMorbo, avviata nel 2020 dalla Confederazione Parkinson Italia, che invita i malati a venire allo scoperto.

Le parole dei due protagonisti saranno inserite in un testo teatrale, scritto da Roberto Caselli e interpretato da Claudio Bisio e Lella Costa, nei panni di Mr. e Mrs. Parkinson. Lo scopo, ancora una volta, è di mostrare la forza, l'energia e l'amore delle donne e degli uomini colpiti da questa patologia.

**Stefano Ardito**

© RIPRODUZIONE RISERVATA



**ANNUNCIO DELLO SPALLANZANI**

Siamo secondi in Italia per numero di casi (104) di virus delle scimmie

**Vaiolo, pronti per il vaccino****ANTONIO SBRAGA**

••• Il vaiolo va (Lazio seconda Regione per numero di casi), ma anche il vaccino è pronto a partire. L'Istituto Spallanzani, infatti, ieri ha annunciato che al più «presto saremo pronti a partire con il vaccino del vaiolo per Monkeypox: attendiamo dal Ministero le modalità di reclutamento». Il bollettino stilato ieri dal Ministero della Salute, che ha attivato un Sistema di sorveglianza sui casi di vaiolo delle scimmie, vede il Lazio con 104 casi confermati, 3 in più rispetto alla precedente rilevazione, effettuata venerdì scorso. Sin dall'inizio (il primo caso in Italia è stato confermato il 20 maggio scorso) la maglia nera è della Lombardia, con ben 232 casi confermati (su un totale nazionale di 505, di cui solo 4 donne: 149 casi sono collegati a viaggi all'estero e l'età media è di 37 anni). Ma «in Italia i casi mostrano tendenza alla stabilizzazione, la situazione è sotto costante monitoraggio, e non si ritiene

debba destare particolari allarmismi», tiene a sottolineare Gianni Rezza, direttore generale della Prevenzione sanitaria. Intanto il Comitato dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) ha «raccomandato di estendere l'uso di Imvanex, vaccino antivaiolo, anche per l'immunizzazione degli adulti contro il vaiolo delle scimmie - ha annunciato l'Aifa - Il vaccino Imvanex è autorizzato nell'UE dal 2013 per la prevenzione del vaiolo. Contiene una forma attenuata (indebolita) del virus vaccino vivo Ankara modificato, che appartiene alla stessa famiglia del virus del vaiolo. Si è ritenuto che potesse anche essere usato come vaccino contro il vaiolo delle scimmie, data la somiglianza tra il virus del vaiolo delle scimmie e il virus del vaiolo. Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio è Bavarian Nordic», un'azienda danese. Ma anche all'Istituto nazionale per le malattie infettive

fervono i preparativi: «Lo Spallanzani ha offerto la propria disponibilità ad essere centro regionale di riferimento per la vaccinazione per il Monkeypox - annuncia il direttore generale, Francesco Vaia - Abbiamo offerto, inoltre, la nostra expertise, anche con il contributo delle associazioni, per una corretta campagna di informazione. Attendiamo le linee guida ministeriali alle quali stiamo collaborando».

**Monkeypox**  
L'Istituto nazionale di malattie infettive si candida ad essere centro di riferimento regionale per la vaccinazione

