



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

19 Gennaio 2023

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



Bergamo. Padre dona polmone al figlio, primo caso in Italia di trapianto da vivente

Il bambino, 5 anni, è affetto da una grave malattia fin dalla nascita e aveva già ricevuto dal genitore il midollo. L'intervento ha impegnato decine di medici e infermieri



È un bambino di 5 anni, proveniente da un'altra regione, il primo paziente in Italia ad essere stato sottoposto, martedì 17 gennaio all'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, ad un trapianto di polmone da donatore vivente. Il donatore è il padre del piccolo, che, dopo aver già donato al bambino il midollo per curare una rara malattia che lo affligge fin dalla nascita, ha scelto di donare anche una parte del suo polmone per salvare la vita al figlio.

Si tratta di un caso molto raro, con pochissimi precedenti in Europa. Il bambino è infatti affetto da talassemia o anemia mediterranea, una patologia del sangue che ha reso necessario un trapianto di midollo, effettuato in un altro ospedale italiano.

La donazione del midollo dal padre, con conseguente "trasferimento" del sistema immunitario del genitore sul figlio, ha però generato la cosiddetta malattia da trapianto contro l'ospite (Graft versus Host Disease, GvHD), una grave complicanza che si osserva nei pazienti sottoposti a trapianto allogenico.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Si tratta di una complessa reazione immunitaria, dove le cellule trapiantate provenienti dal donatore "attaccano" gli organi e i tessuti del ricevente, che il nuovo sistema immunitario non riesce a riconoscere come propri. Questa forma di rigetto aveva causato al bambino un danno estremamente grave ed irreversibile alla funzionalità polmonare, che ha poi reso necessario il trapianto di polmone realizzato a Bergamo.

Padre e figlio restano ricoverati all'Ospedale di Bergamo e la loro prognosi è ancora riservata. I medici sono però fiduciosi sul decorso post operatorio, anche perché in questo caso il rischio di rigetto, particolarmente elevato per il trapianto di polmone da cadavere, è molto basso quando il sistema immunitario "riconosce" il nuovo organo come proprio.

È questo il motivo principale per cui, quando un ospedale da fuori regione ha chiesto la disponibilità del Papa Giovanni XXIII ad accettare il paziente pediatrico per un trapianto di polmone, i chirurghi di Bergamo, con alle spalle una quarantennale esperienza nel campo dei trapianti e della chirurgia maggiore, hanno proposto alla famiglia la donazione da vivente.

"L'estrema rarità di questi casi e i limiti tecnici del trapianto da vivente, nel caso del polmone non lo rendono un'opzione terapeutica di facile applicazione. Per questo, diversamente da quanto succede per altri organi, non viene abitualmente considerata un'opzione alla portata di tutti, in grado di contribuire efficacemente all'abbattimento delle liste d'attesa - ha precisato Michele Colledan, direttore del Dipartimento di insufficienza d'organo e trapianti e dell'Unità di Chirurgia generale 3- trapianti addominali dell'Asst Papa Giovanni XXIII - L'intervento segna comunque per il nostro Ospedale una tappa importante in un percorso di crescita dell'attività trapiantologica quasi quarantennale. Un cammino intrapreso grazie al pionierismo di Lucio Parenzan nella cardiocirurgia pediatrica e che ci ha portati, anche grazie a Giuseppe Locatelli, alla specializzazione nelle patologie del bambino congenite e acquisite e che, negli ultimi 20 anni, si è rafforzata puntando ad un'attività clinica di alto livello sul polmone, anche nell'adulto".

La donazione di polmone da vivente è un'opzione possibile, ma finora eseguita solo in rari casi e in pochissimi Paesi del mondo, soprattutto in Giappone e nel Nord America a causa della sua applicazione estremamente complessa. I casi noti in Europa sono pochi. Un trapianto da vivente risulta in Germania nel 2012. La banca dati EuroTransplant, che mette in rete alcuni Paesi dell'Europa centrale, registra due casi negli ultimi dieci anni.

Il doppio intervento di prelievo e di trapianto ha richiesto l'impiego di due sale chirurgiche adiacenti, che hanno lavorato in parallelo. Tutta la procedura in sala operatoria è durata 11 ore. Mentre il donatore veniva sottoposto al prelievo del lobo polmonare, nella sala adiacente iniziava la fase di preparazione del ricevente. L'intervento è stato guidato e coordinato da Michele Colledan, che ha anche effettuato il trapianto sul bambino.

Il prelievo del lobo polmonare destro dal padre donatore è stato eseguito da Alessandro Lucianetti, direttore della Chirurgia generale 1 - addominale toracica. Gli anestesisti della



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Terapia intensiva cardiocirurgica, i cardiocirurghi pediatrici e i perfusionisti hanno predisposto il supporto delle funzioni cardiocircolatorie con l'Ecmo (ossigenazione extracorporea). Le due équipes sono state assistite dalla Anestesia e Rianimazione e dallo staff tecnico ed infermieristico, per un totale di diverse decine di operatori coinvolti.

Lo studio e la gestione dei pazienti prima e dopo l'intervento sono stati seguiti dalle équipes della Pediatria, della Pneumologia, della Terapia intensiva pediatrica e dalla Terapia intensiva adulti. Il Centro Nazionale Trapianti ha concesso un'autorizzazione speciale all'ospedale bergamasco per eseguire questo intervento.

"Un apprezzamento va a tutto il personale che ha gestito il duplice intervento - ha dichiarato Maria Beatrice Stasi, Direttore Generale dell'Asst Papa Giovanni XXIII - Casi clinici così complessi e delicati sono possibili grazie a uno sforzo organizzativo straordinario. Diverse decine di professionisti, ciascuno nel suo ruolo, hanno contribuito in tutte le fasi, nei reparti, nelle sale chirurgiche, nei laboratori, nelle sedi e negli uffici del personale tecnico ed amministrativo. È grazie a questo lavoro di squadra che il nostro Ospedale, una grande azienda pubblica, raggiunge e mantiene standard clinici d'avanguardia, non solo a livello nazionale".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Papà dona polmone a figlio, primo trapianto da vivente



All'ospedale Giovanni XXIII di Bergamo è stato eseguito il primo trapianto di polmone da vivente in Italia. Un uomo ha infatti donato parte di un polmone al figlio di 5 anni che è affetto da talassemia. Proprio a causa di questa malattia il padre aveva già donato al piccolo il midollo. Ma questa donazione ha causato una reazione, la cosiddetta malattia da trapianto contro l'ospite, in base a cui le cellule trapiantate attaccano gli organi del ricevente, in questo caso il rigetto aveva causato al piccolo un danno polmonare irreversibile. Padre e figlio sono ricoverati in prognosi riservata ma i medici sono fiduciosi.

"Si tratta di un intervento di estrema complessità, eseguito in un centro che ha grande esperienza nel trapianto pediatrico e di polmone, e che dimostra ancora una volta il livello di eccellenza della trapiantologia italiana": così il direttore del Centro nazionale trapianti Massimo Cardillo commenta la notizia. "Occorre ancora molta cautela - sottolinea Cardillo - in attesa che venga sciolta la prognosi del piccolo ricevente e del suo donatore, ma tutto sta andando come era nelle aspettative.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilievo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

L'utilizzo del lobo polmonare del papà del bambino, già donatore del midollo, costituisce un importante vantaggio immunologico: i precedenti in Europa sono rarissimi e sporadici e infatti, nonostante da 10 anni la legge italiana preveda la possibilità di donare in vita il lobo polmonare, per questo primo tentativo è servita un'autorizzazione specifica da parte del Cnt. In ogni caso, trovo altamente simbolico che a realizzarlo sia stato il Centro trapianti della città simbolo della lotta al Covid, un vero e proprio 'trapianto di respiro' dopo un lungo periodo di emergenza per il Servizio sanitario e per tutto il Paese".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

GIORNALE DI SICILIA

Carenza medici e 'deserti sanitari', 9 regioni più colpite

19 Gennaio 2023



(ANSA) - ROMA, 19 GEN - La carenza di medici e infermieri attraversa tutta l'Italia, ma nelle zone periferiche delle aree interne assume i contorni di una "desertificazione sanitaria". Se il sovrappollamento negli studi dei pediatri è maggiore in alcune province del Nord mentre la carenza di ginecologici ospedalieri a Caltanissetta è 17 volte peggiore rispetto a Roma. Sono 39 le province più in sofferenza, e si concentrano in 9 regioni: Lombardia, Piemonte, Friuli Venezia Giulia, Calabria, Veneto, Emilia Romagna, Trentino Alto Adige e Lazio. Sono dei alcuni dati del Report presentato da Cittadinanzattiva, nel corso dell'evento 'Bisogni di salute nelle aree interne, tra desertificazione sanitaria e PNRR', svoltosi a Roma presso la Sala di Rappresentanza in Italia della Commissione Europea. L'analisi ha utilizzato dati ufficiali forniti dal Ministero della Salute relativi al 2020 e rientra nell'ambito del progetto europeo AHEAD 'Action for Health and Equity: Addressing Medical Deserts', finanziato da EU4Health per trovare soluzioni a questi 'deserti sanitari'. Andando a vedere nel dettaglio, in provincia di Asti ogni pediatra di famiglia segue 1.813 bambini a fronte di una media nazionale di 1.061. A Bolzano ogni medico di medicina generale segue in media 1.539 cittadini a fronte di una media nazionale di 1.245 pazienti.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Nella provincia di Caltanissetta c'è un ginecologo ospedaliero ogni 40.565 donne mentre Roma vanta la situazione migliore, con uno per 2.292. Considerando invece i cardiologi ospedalieri, la situazione nella provincia autonoma di Bolzano è 70 volte peggiore rispetto a Pisa, con un professionista ogni 224.706 abitanti a fronte di uno ogni 3.147. "Mancano dati certi, aggiornati e facilmente reperibili sulla carenza di personale sanitario - afferma Anna Lisa Mandorino, segretaria generale di Cittadinanzattiva - e questo non agevola la programmazione degli interventi. Le riforme previste dal PNRR potranno avere gli effetti sperati se all'investimento su case e ospedali di comunità si affiancherà un adeguato investimento sul personale".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Policlinico di Messina, psicologi in reparto per i pazienti ematologici

Ha preso il via “Prendiamoci Cura”, il progetto finanziato dall’AIL Messina. In campo sei professionisti psicologi.

19 Gennaio 2023 - di [Redazione](#)



Supportare sul piano psicologico i pazienti **ematologici**. Prosegue nel segno della collaborazione costruttiva la sinergia tra l’AOU “G. Martino” e l’AIL Messina. Ha preso il via presso l’UOC di Ematologia, guidata dal Prof. Alessandro Allegra, **“Prendiamoci Cura”**, il progetto- finanziato dall’AIL Messina- che prevede la presenza in reparto di **psicologi** dedicati per i pazienti affetti da oncoemopatie. In tutto sei i professionisti psicologi dedicati a questo progetto. L’obiettivo è quello di fornire un aiuto concreto per ridurre il dolore psicologico che spesso caratterizza chi sta affrontando un **percorso di malattia complesso**, in cui l’ansia e la depressione possono essere predominanti. Sono previsti otto incontri per paziente, della durata di 50 minuti ciascuno, con una cadenza settimanale; l’intento è fornire un servizio costante e continuo con la partecipazione attiva del paziente ai



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

colloqui all'interno di spazi protetti dedicati a tale scopo. L'accesso al servizio psicologico può essere spontaneo o su segnalazione del medico di reparto. «Numerosi studi- sottolinea il Prof. Allegra- hanno dimostrato che oltre la metà dei pazienti oncologici manifesta una certa quota di “**distress**” o disagio psicologico che può interferire con la capacità di affrontare in modo efficace la **neoplasia**. Di certo la presenza di questi professionisti in reparto sarà un'ulteriore terapia per i nostri pazienti e sosterrà anche il nostro lavoro clinico quotidiano». Un legame consolidato quello di AIL **Messina** con l'ematologia dell'Azienda ospedaliera universitaria e che già alcuni mesi fa ha visto l'Associazione Italiana contro le Leucemie finanziare una borsa di studio per un data manager. Si tratta di una figura professionale, estremamente qualificata, che ha un ruolo strategico nel campo della ricerca clinica, specie per coordinare le sperimentazioni cliniche. «Siamo grati all'AIL di Messina- sottolinea **Giampiero Bonaccorsi**, Commissario Straordinario dell'AOU “G. Martino”- per questa ulteriore attestazione di vicinanza e supporto alle attività della nostra ematologia. È un aiuto concreto ai nostri pazienti che, in un momento di estrema **fragilità**, possono contare su un'assistenza che cura la mente e lo spirito con l'intento di essere terapeutica ed efficace al pari di altri trattamenti clinici. Siamo certi che l'apporto di questi professionisti sarà prezioso». «La Sezione AIL di Messina - sottolinea il Presidente Dott. **Giuseppe Augusto** – nasce nel 1999 per sostenere le U.O.C. di Ematologia del Policlinico e del Papardo. Diventa così una delle attuali **83 Sezioni** del nostro Paese. Nel tempo la Sezione AIL Messina è riuscita a creare una rete di sostegno e assistenza, diventando un punto di riferimento per le due Ematologia e per i pazienti. Grazie al contributo di Tanti nostri sostenitori della Città di Messina e della Provincia:

– **Finanzia la ricerca** attraverso le sezioni territoriali e il GIMEMA (Gruppo Italiano Malattie Ematologiche dell'Adulto), una fondazione no-profit per lo sviluppo e la promozione della ricerca scientifica, che può contare sull'adesione di oltre 140 Centri di Ematologia presenti su tutto il territorio nazionale.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

- **Ha due case AIL** vicine ai due Centri di ematologia. Case di accoglienza pensate per ospitare i pazienti non residenti che devono affrontare lunghi periodi di cura, assistiti dai propri familiari.
- **Sostiene la formazione e l'aggiornamento** di medici, biologi, infermieri e tecnici di laboratorio attraverso l'erogazione di borse di studio.
- **Promuove seminari** per i pazienti per garantire loro un confronto diretto con gli specialisti del settore e informazioni sempre aggiornate sulla loro malattia.
- **Finanzia il progetto Mobilità Solidale:** attraverso la sua rete di 83 Sezioni territoriali, AIL offre ai pazienti ematologici la possibilità di ottenere il rimborso del viaggio per e dal centro di cura anche per un accompagnatore/caregiver.
- **Aiuta i pazienti e i loro familiari** offrendo servizi per affrontare al meglio il percorso di malattia.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Asp di Palermo, il Csa-Cisal: «Siano tutelati i 53 contrattisti programmatori»

Il sindacato interviene sul caso sollevato dai precari che chiedono la stabilizzazione. L'Asp ha difeso la propria decisione di bandire un concorso.

«L'Asp di Palermo ha indetto un concorso per assumere 53 **programmatori** a tempo indeterminato, 'dimenticando' però di averne già reclutati altrettanti nel 2020 che da oltre due anni lavorano nella Pubblica amministrazione a seguito non di click day, ma di procedura di selezione pubblicata in Gazzetta. Chiediamo ai vertici dell'Asp e alla politica di non gettare alle ortiche queste **professionalità** che l'ente ha già formato e che hanno garantito, in piena pandemia, i servizi alla cittadinanza».

Lo dice **Giuseppe Badagliacca** del sindacato **Csa-Cisal**, intervenendo sul caso sollevato da una nota dei programmatori e rispetto al quale l'Asp di Palermo, contattata da Insanitas, ha replicato. «Dal 14 al 17 febbraio si terrà a Caltanissetta la prova scritta del **concorso** dell'Asp di Palermo con oltre 2 mila candidati- continua Badagliacca- ma i posti vacanti in pianta organica, dal 2020 e fino all'aprile di quest'anno, sono stati e sono coperti da personale **a tempo determinato** che dal primo maggio, festa dei lavoratori, potrebbe ritrovarsi paradossalmente disoccupato. Si tratta di dipendenti che sono stati indispensabili non solo nella gestione dell'emergenza Covid, ma anche per le ordinarie attività dell'Asp e di cui adesso **le istituzioni non possono dimenticarsi**, specie se a Roma verrà approvata la stabilizzazione di chi ha almeno 18 mesi di esperienza. È necessario avviare un percorso che tuteli questi lavoratori, a beneficio anzitutto dei siciliani»

A BERGAMO

Il dono del papà al figlio Primo trapianto in Italia di un polmone da vivente

di **Zita Dazzi**

MILANO – Ha trascorso i suoi primi cinque anni praticamente sempre in ospedale, avanti e indietro dai medici. Fino a pochi giorni fa, per respirare era attaccato alle macchine e rischiava di morire da un momento all'altro. Ma da ieri, il bambino che chiameremo Giovanni ha una speranza di una vita normale, grazie al suo papà, che gli ha donato un pezzo di polmone. Per la precisione, il lobo inferiore del polmone destro, che ha restituito al piccolo Giovanni la prospettiva di poter un giorno, forse nemmeno troppo lontano, giocare come tutti i bambini del mondo. Potrebbe insomma concludersi come una favola a lieto fine, l'avventura pericolosa del bambino nato con l'anemia mediterranea e due volte trapiantato, prima col midollo e poi col polmone di quel suo papà coraggioso.

Il miracolo del trapianto da un donatore in vita è avvenuto al Papa Giovanni XXIII di Bergamo, l'ospedale che è stato nell'occhio del ciclone durante il Covid e dove da quarant'anni opera una équipe di chirurghi che riescono ad aver successo in operazioni che altrove sembrano impossibili. E infatti quella che ha coinvolto il piccolo Giovanni, è una storia che ha tutti i caratteri dell'eccezionalità. È il primo trapianto di polmone eseguito in Italia da un donatore vivente, su un bambino affetto da una rara malattia del sangue, che già aveva avuto dal genitore il midollo. «Il papà non ha avuto il minimo dubbio quando l'abbiamo incontrato: ancora prima che gli proponessimo noi di donare il suo polmone al figlio, ha chiesto lui se era ipotizzabile farlo. L'unico suo desiderio è stato quello di salva-

re il bimbo», racconta Michele Colledan, il primario che ha operato il piccolo per 11 ore, mentre nella sala di fianco il collega Alessandro Lucianetti, anche lui primario di chirurgia addome-torace, si occupava del padre.

L'intervento risale a martedì e nella letteratura medica esistono pochissimi precedenti in Europa, casi rari in Giappone e Nord America. Massimo è il riserbo sui protagonisti di questo doppio intervento, eseguito in contemporanea dalle due équipe composte ciascuna da decine di medici e infermieri, attorno ai due primari, amici da anni prima che colleghi, abituati a lavorare in tandem, uno ascoltando rock anni '70, l'altro musica classica. Il Papa Giovanni XXIII è uno dei fiori all'occhiello della sanità pubblica lombarda e accoglie spesso casi che necessitano interventi delicatissimi, al limite dell'impossibile.

Tale era la storia descritta nella cartella sanitaria del piccolo, che vive con la famiglia in un'altra regione italiana e soffre dalla nascita di talassemia. Per questo motivo, aveva già subito il trapianto di midollo, in un altro grande ospedale. Anche la prima volta era stato il papà a offrirsi volontario sperando che la compatibilità fosse totale. Ma come spesso purtroppo succede, con questa donazione si è "trasferito" sul bambino anche il sistema immunitario del genitore. Da qui è nata una grave complicanza, una complessa reazione immunitaria, con le cellule trapiantate provenienti dal papà donatore che hanno "attaccato" gli organi e i tessuti del bimbo ricevente, che il nuovo sistema immunitario non riesce a riconoscere come propri. «Il piccolo era andato mano a mano aggravandosi – racconta

Colledan, direttore del Dipartimento di insufficienza d'organo e trapianti – Quando è arrivato da noi viveva già attaccato alle macchine per la respirazione artificiale. Era in una condizione quasi terminale. Ci hanno chiamato i colleghi per chiedere un trapianto di polmone, ma non pensavano certo a un trapianto da vivente».

A immaginare la soluzione più audace è stato proprio Colledan: «Ho subito pensato a questa soluzione, che è complicata, ma anche più sicura, perché si sa che non ci sarà rigetto, dato che il polmone viene dal donatore, come anche il midollo. Il sistema immunitario riconoscerà il nuovo polmone».

Giovanni quindi respirerà col polmone del suo papà, che a sole 24 ore dall'intervento è stato già estubato e non vede l'ora di rimettersi in piedi per andare a visitare il suo bimbo, che riposa nella terapia intensiva dello stesso ospedale, in prognosi riservata. «Quello che siamo riusciti a fare, è il sogno di ogni chirurgo – conclude Colledan – Il Sacro Graal del trapianto è risolvere il problema del rigetto, senza fare terapia immunosoppressiva, cosa su cui si fa ricerca da decenni. E in questo caso, il problema non c'è. Ora c'è solo da augurare buona vita a questo piccolo lottatore».

Il bambino ha cinque
anni ed è affetto
da talassemia
È ancora in prognosi
riservata ma i medici
sono fiduciosi
Pochissimi precedenti
nel mondo



Il ministro: carenza di medici in arrivo interventi urgenti

VIVIANA DALOISO

È il gatto che si morde la coda: negli ospedali – e soprattutto nei Pronto soccorso – mancano medici e le direzioni sanitarie corrono ai ripari chiamando quelli a gettone, spesso messi sul piatto da cooperative di fiducia. Risultato: si spende sempre di più (perché i turnisti costano, anche, di più) e i medici continuano a mancare. Anzi, i pochi che si sobbarcano turni massacranti iniziano a pensare che è meglio scegliere la libera professione e lasciare il pubblico. Cosa che in numero sempre maggiore poi fanno, aggravando la situazione per cui si era corsi al riparo all'inizio. E così daccapo, nel circolo vizioso che stan mettendo più o meno silenziosamente in ginocchio la sanità italiana.

Non bastano gli allarmi lanciati ormai quotidianamente dagli Ordini dei medici e dai sindacati professionali a rendere l'idea plastica di cosa stia avvenendo nei nostri ospedali: il business dei turni ha preso la forma di un listino prezzi in cui si arriva a pagare fino a 900 euro per 12 ore di un medico non specializzato in reparto e oltre 1.000 per uno specializzato. Con la Lombardia – giusto per rendersi conto di che giro d'affari stiamo parlando – che dichiara oltre 45mila turni in carico alle cooperative, il Veneto 42mila, il Piemonte 14.400, ma solo per i turni in Pronto soccorso. Peccato che la logica degli affari cozzi *in toto* con quella della tutela della salute dei pazienti, visto che il meccanismo della "chiamata" non offre alcuna garanzia sulla qualità dei professionisti coinvolti, né sulla loro effettiva funzionalità all'interno delle strutture pubbliche.

Della situazione è ben informato il ministro della Salute, Orazio Schillaci, che ieri rispondendo al *question time* alla Camera ha annunciato «un intervento straordinario e d'urgenza» in materia, preceduto dalla costituzione di uno specifico gruppo di lavoro con la Conferenza delle Regioni per affrontare insieme la questione della carenza del personale sanitario in modo organico. La sfida appare titanica: Schillaci punta per ora sull'impegno «a trovare le risorse necessa-

rie per superare il blocco del *turn over*» e «a ovviare con misure di carattere sistematico agli errori fino a qui accumulatisi». Che potrebbe significare molte cose, a cominciare dalla possibilità offerta alle aziende sanitarie di assumere i neolaureati mentre si specializzano per arrivare allo stanziamento di fondi "extra" per aumentare le borse di studio. I nodi al pettine sono però molti e il ministro li elenca: il reiterarsi, negli ultimi anni, delle manovre finanziarie di contenimento della spesa e in particolare dei vincoli assunzionali «ha determinato nel tempo una grave carenza di personale del Sistema sanitario nazionale, che, unita ad un crescente innalzamento della relativa età media, ha portato inevitabilmente ad un forte deterioramento delle condizioni di lavoro»; il Covid ha dato il colpo di grazia e il Sistema sanitario nazionale è sempre meno attrattivo, «con la conseguenza che spesso i concorsi vanno deserti o, comunque, non consentono la copertura dei posti disponibili per la carenza di aspiranti»; ancora, un numero sempre minore di professionisti «appare disposto ad accettare il classico contratto di lavoro a tempo indeterminato» preferendo, come si diceva poco fa, forme di ingaggio atipiche e più remunerative. Insomma, ce n'è abbastanza per dichiarare ufficialmente uno stato di emergenza. Quello che il ministero della Salute ha già messo in campo sono i controlli sulle cooperative di fornitura dei servizi sanitari, da cui sarebbero emerse anche fattispecie di frodi e inadempimento delle funzioni pubbliche: per esempio per aver impiegato personale medico non specializzato per l'incarico da ricoprire (o peggio ancora personale ausiliario senza titoli abilitativi) e per la fornitura di medici con età anagrafica superiore a quella stabilita per contratto, cioè 70 anni.

Il fenomeno delle esternalizzazioni dei turni finisce sul tavolo di Schillaci, che annuncia misure «sistematiche» per risolvere il problema degli organici. Raffica di controlli sulle cooperative: «Tante le frodi»



La misura sarà estesa ad altre grandi città

Violenza in ospedale, torna la polizia A Roma e nel Lazio al via 18 presidi

Camilla Mozzetti

Come anticipato a *Il Messaggero* dal ministro dell'Interno Matteo Piantedosi, tornano i posti di polizia negli ospedali. E ora c'è l'ufficialità: si par-

te da Roma con 18 ospedali della città e della provincia.

A pag. 14



Aggressioni in ospedale, riaperti i posti di polizia Si comincia dalla Capitale

IL PIANO

ROMA Non era più possibile tollerare le aggressioni e le violenze che sono aumentate negli ultimi mesi contro chi si prende cura della salute delle persone e prova a salvare la vita a migliaia di pazienti. Il ministro dell'Interno Matteo Piantedosi era stato chiaro in un'intervista rilasciata a *Il Messaggero* meno di una settimana fa. E alle sue parole seguono ora i fatti. Perché l'indicazione era chiara e precisa ma soprattutto necessaria con il pronto soccorso di migliaia di ospedali presi d'assalto non solo dai malati. Tornano così i posti di polizia negli ospedali perché «I camici bianchi - medici, infermieri, tecnici - dedicano la propria vita a una funzione fondamentale come quella di curare la salute dei cittadini e svolgono il loro lavoro anche la notte», disse Piantedosi al nostro giornale. Un'attenzione chiara e un piano che parte ora dalla Capitale e dal suo hinterland ma che presto verrà poi replicato - e garantito - in molte altre città e presidi ospedalieri. Una "mossa" che rappresenta il tassello di una «generale strategia finalizzata all'aumento della presenza delle forze di Polizia in tutti i luoghi di maggiore frequentazione

dei cittadini», spiegò sempre Piantedosi.

LE STRUTTURE

Dunque si parte e si parte da Roma con 18 ospedali della città e della provincia in cui verranno garantiti due operatori di pubblica sicurezza in due turni (8-14/14-20) eventualmente allungabili fino alle 23. Il piano dopo l'input chiaro del ministro è stato messo a punto dalla Questura di Roma e approvato ieri nell'ultima riunione del Comitato per l'ordine e la sicurezza svoltosi in Prefettura.

Entrando nel dettaglio, le strutture interessate sono: San Giovanni Addolorata, Sant'Eugenio, Grassi di Ostia, i policlinici universitari Agostino Gemelli, Tor Vergata, Umberto I, e poi ancora il San Filippo Neri, l'Aurelia Hospital, il San Carlo di Nancy, il Sant'Andrea, il San Camillo, il Campus Biomedico, il Fatebenefratelli Isola Tiberina, Villa San Pietro, il Sandro Pertini, il Casilino. Nell'elenco anche alcune strutture dell'Area metropolitana come il San Paolo di Civitavecchia e gli Ospedali riuniti di Anzio e Nettuno. Gli operatori che saranno in servizio dal lunedì al sabato dipenderan-

no dai singoli commissariati di polizia di zona. Il modello presto verrà replicato anche in altre città, seguendo non solo l'incidenza delle aggressioni che sono avvenute ma garantendo in ogni presidio sanitario quella sicurezza necessaria e utile a evitare che episodi violenti possano verificarsi contro il personale ospedaliero. Secondo il Simeu Lazio, che riunisce tutti i primari dei pronto soccorso, nell'ulti-

mo anno le aggressioni sono aumentate del 30 per cento. Spesso arrivano al culmine di lunghe attese considerati i tempi - a volta molto lunghi - che si registrano per procedere con il ricovero di un paziente. Il cosiddetto "boarding" che costringe malati ad attendere in pronto soccorso molte ore prima del trasferimento in reparto e che a volte penalizza anche le attività delle ambulanze che, con le lettighe bloccate, accumulano ritardi su altri interventi.

Camilla Mozzetti

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Sanità e poteri normativi: il regionalismo c'è già e sta provocando divari

Gianfranco Viesti

Se il governo Meloni volesse mettere mano al regionalismo italiano, sarebbe un'ottima idea. Uno dei problemi delle richieste di autonomia differenziata è infatti che non risolvono i problemi di cattivo funzionamento del paese che già ci sono, ma li aggravano e ne aggiungono tanti altri. L'Italia disegnata dal testo costituzionale del 2001 funziona invece molto male, e ci si potrebbe utilmente mettere mano, prima di pensare a nuove, speciali, competenze.

LO STATO E LE COMPETENZE

A che cosa ci si riferisce? In primo luogo, un esteso regionalismo richiede un centro politico forte: come in Germania. Governi e Parlamenti in venti anni non hanno fatto fronte al fondamentale dovere cui la Costituzione li chiama: disegnare le norme "cornice", cioè le grandi scelte nazionali di indirizzo delle rilevanti materie a competenza concorrente fra Stato e Regioni. Si pensi solo alla sanità: divenuta fino al covid materia in cui intervenivano solo le Regioni perché il "Centro" non ha mai disegnato le caratteristiche di fondo del Sistema Sanitario Nazionale. Con il covid ci siamo resi conto di questa fondamentale dimensione; e con il Pnrr, per la prima volta, il Governo ha dato indirizzi molto chiari (il ruolo dei servizi socio-sanitari territoriali) per il sistema a tutela della salute di tutti gli Italiani. Una coalizione che crede molto nella dimensione nazionale e nel concetto di interesse nazionale

potrebbe pensarci seriamente.

Questo si collega, in secondo luogo, ad una indispensabile riflessione proprio sul riparto delle competenze: nel mondo di oggi (si pensi all'invasione

dell'Ucraina) pensiamo davvero che le politiche energetiche possono essere differenti su base regionale? Pensiamo davvero che le grandi reti infrastrutturali non debbano essere materia strategica nazionale? Entrambe le questioni vanno invece collocate nell'ambito di politiche europee che faticosamente stiamo cercando di costruire.

LE RISORSE

In terzo luogo, le disposizioni finanziarie previste dalla legge 42/2009 per il finanziamento delle Regioni sono rimaste completamente inattuata: ma non esiste un buon regionalismo senza un sistema ben funzionante che regoli i meccanismi finanziari, e metta a regime un sistema perequativo delle capa-

cià fiscali, specie in un paese così squilibrato come l'Italia. La perequazione non è una graziosa elemosina dei ricchi ai poveri: ma un principio fondante dell'unità nazionale. Colpisce - e deve far riflettere - che la Conferenza delle Regioni non ne abbia mai chiesto l'attuazione. E questo ha a che fare anche con le disparità con i territori a statuto speciale, di cui soffre in particolare il Veneto, per la "concorrenza" dei sistemi sanitari e scolastici trentini e friulani: la soluzione non è certo nel differenziare ulteriormente, ma nel disegnare un sistema finanziario complessivamente più equo per tutti.

LE PRESTAZIONI ESSENZIALI

In quarto luogo, e direttamente collegato, c'è il tema dei diritti di cittadinanza costituzionalmente riconosciuti: i cosiddetti "livelli essenziali delle prestazioni" cui fa riferimento l'art. 117 e sui quali più volte la stessa

Corte Costituzionale ha richiamato governo e parlamento. Non c'entrano niente con il regionalismo differenziato: perché sono anch'essi una pietra fondante di un buon regionalismo. Non si possono avere, come è oggi nella realtà, principi di "jus domicili": cioè diritti diversi in base al luogo dove capita di vivere, se siamo tutti cittadini italiani. Qui il tema è certo definirli: non con una Commissione Tecnica, ma con un dibattito parlamentare serio. Nell'Italia di oggi che diritti siamo in grado di riconoscere a tutti? Ma

soprattutto attuarli, con scelte politiche e risorse economiche, che consentano poi effettivamente di raggiungerli.

LE CITTÀ

Infine, il fondamentale ruolo delle città, a partire da Roma. L'Italia di oggi le mortifica: non abbiamo politiche nazionali; sono soggette al potere normativo e finanziario delle Regioni. Anche qui il Pnrr ha cambiato molto, con una relazione diretta Stato-Città per decine di miliardi di investimenti, su cui riflettere. Se davvero vogliamo avvicinare il governo ai cittadini (cosa, entro certe dimensioni, opportuna) è dalle città e certamente non dalle Regioni che è opportuno iniziare.



Sanità Il disastro delle controriforme targate Pd

IVAN CAVICCHI

In sanità le cose stanno andando molto male. Ma prima di discutere sulle soluzioni, bisognerebbe accordarsi sulle verità sulle quali convenire perché, diversamente, senza andare a fondo sulle cause che ci hanno portato a questo drammatico punto di crisi, la sanità non si salva.

Ma non è facile affrontare questo esame soprattutto per chi in sanità ha avuto importanti responsabilità politiche e non ama fare autocritica sul proprio operato. Non fa eccezione l'ex ministra Bindi che recentemente in un articolo su *La Stampa* (13 gennaio) ha sostenuto tesi singolari e per sovrappiù riproposto gli stessi errori del passato, tentando di rifilarci la sua riforma farlocca del '99.

Dire che la sanità è "svenduta in nome del mercato" è vero ma bisognerebbe aggiungere che a svendere la sanità sono state le controriforme del '92 e del '99 targate Pd nelle quali sono state protagoniste l'Emilia Roma-

gna (che sul campo anticipò le Aziende prima della legge) e la ministra Bindi alla quale dobbiamo la creazione della vera "seconda gamba", cioè una sanità che non si limita ad essere integrativa ma che è autorizzata, per legge, a sostituire quella pubblica.

Il processo di privatizzazione in sanità precede la sua riforma, tuttavia è proprio con la sua riforma-ter che il meccanismo privatistico si consolida. Dopo di lei arriva Renzi con il job act e gli incentivi fiscali ai fondi assicurativi fino a considerarli, incredibile a dirsi, come attività non profit.

Ma a parte la "seconda gamba" della Bindi, lascia perplessi il maldestro tentativo di rifilarci, dopo 23 anni, il cuore della sua controriforma neoliberista.

La tesi centrale dell'articolo scritto per il quotidiano torinese è che la sanità pubblica a priori non è in grado di essere "autosufficiente", ovvero non può essere solo pubblica ma per forza anche privata. Questa è la tesi che in netto contrasto con la riforma del '78 è alla base della

sua controriforma del '99. "Conosciamo le cause della malattia" scrive Bindi, "per troppi anni la sanità è stata sottoposta a interventi contrari al rispetto dei principi costituzionali e dei diritti umani fondamentali, assecondando l'idea che il mercato avrebbe comunque potuto sostituire buona parte della sanità pubblica, quella più in grado di generare profitti". Giusto, peccato si ometta di dire che a chiamare il mercato in causa negli anni '90 è stato il suo partito, prima con l'aziendalizzazione poi con l'assistenza sostitutiva. Ora che i famosi buoi sono scappati dichiararsi preoccupata che a causa della "non autosufficienza" si allarghi la privatizzazione del sistema, sembra lodevole ma poco convincente. Come anche ritenere che il SSN "possa essere salvato" ma senza indicare, a chiare lettere, gli errori del passato. Con il centro destra la non autosufficienza diventerà la regola. E' una falsità sostenere che la sanità pubblica non può essere autosufficiente: se solo una parte del privato

fosse reinvestito nel pubblico potremmo avere una super sanità e a zero tempo nelle liste di attesa. Le liste di attesa esistono perché c'è un privato da soddisfare. E' una aberrazione sostenere che l'unico modo per fare sostenibilità sia subordinare i diritti al reddito. Come è follia pensare di rispettare i diritti con le logiche neoliberiste. E' un insulto al pensiero moderno contemporaneo ritenere che oltre alla strada inaugurata dalle controriforme del centrosinistra non ci siano altri modi, altre politiche, per fare per davvero sostenibilità.

Oggi se volessimo salvare il SSN la strada quasi obbligata non è il neoliberismo surrettizio (meno diritti e meno pubblico) ma esattamente il contrario cioè assicurare più salute, equivalente, come non è difficile comprendere, a una maggiore ricchezza.

Dovrà essere la produzione di salute come produzione di ricchezza ad assicurare il rispetto dei diritti.



Sigarette elettroniche: verso la stretta per 1,5 milioni

Estesi i divieti di fumo
Stop anche al fumo all'aperto nei luoghi dove ci sono minori e mamme

Estendere i divieti anche agli 1,5 milioni di italiani, soprattutto giovani, che consumano le sigarette elettroniche e i prodotti del tabacco riscaldato. E poi divieto di fumo in luoghi all'aperto se ci sono nelle vicinanze minori e donne incinte e niente più sale fumatori in locali chiusi oltre al divieto di pubblicità ai nuovi prodotti con nicotina. Ecco l'identikit della stretta a cui sta lavorando il Governo dopo l'annuncio del ministro della Salute Orazio Schillaci che a 20 anni esatti dalla prima legge che sancì i primi divieti vuole dare una nuova svolta alla lotta al tabagismo «che è tuttora - spiega il ministro - la principale causa di morbosità e mortalità prevenibile in Italia». Come ricorda l'Istituto superiore di sanità «il fumo non è responsabile del solo tumore del polmone, ma è anche il principale fattore di rischio per le malattie respiratorie e cardiovascolari» tanto che, secondo l'Organizzazione mondiale della Sanità entro il 2030 provocherà 8 milioni di morti l'anno nel mondo.

La nuova stretta arriva proprio per "intercettare" una nuova generazione di fumatori che spesso scelgono le sigarette elet-

troniche, ma anche per recepire la direttiva Ue sull'eliminazione di alcune esenzioni che riguardano i prodotti del tabacco riscaldato con i nuovi paletti da far entrare in vigore entro il 23 ottobre 2023. Del resto anche in Italia il consumo delle sigarette

elettroniche è in crescita costante negli ultimi anni come indicato dall'Istat in una recente Indagine. Secondo i dati Istat «nel 2014 gli utilizzatori delle e-cig over 14 erano circa 800mila poi, soprattutto a partire dal 2017, si è visto un progressivo aumento, fino ad arrivare nel 2021 a quasi un milione e mezzo di persone, soprattutto tra i giovani».

La stretta sulle e-cig trova il favore degli esperti, che da tempo sottolineano i rischi per la salute derivanti dai nuovi prodotti. «Non abbiamo dimostrazione scientifica che aiutino a smettere di fumare e di utilizzare nicotina - afferma Roberta Pacifici, direttrice del Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto superiore di Sanità - anzi i nostri dati dimostrano che questi nuovi

prodotti, le sigarette elettroniche e anche il tabacco riscaldato, contribuiscono alla iniziazione, alla recidiva di chi aveva smesso e ostacolano anche la cessazione, cioè il percorso di condivisione che le persone intraprendono proprio per liberarsi da questa dipendenza. Questo è un dato ormai acclarato». Inoltre l'87% di chi consuma sigaretta elettronica è un «consumatore duale», cioè consuma sia quella elettronica sia quella tradizionale. In Italia ci sono «93mila morti ogni anno a causa del tabacco, il 20,6% di tutti i decessi - denuncia la Società Italiana di Medicina Ambientale che promuove a pieni voti le misure annunciate dal ministro Schillaci.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Schillaci accelera sulla lotta al tabagismo anche per recepire i vincoli della direttiva Ue





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

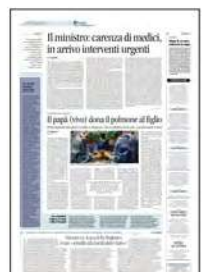
E la stretta sul fumo mette tutti d'accordo

Trova tutti d'accordo l'imminente stretta sul fumo annunciata sempre dal ministro della Salute Schillaci e che dovrebbe estendere i divieti anche alle e-cig. Un'ipotesi auspicata di recente anche dall'ex ministro della Salute Girolamo Sirchia che ha dato nome alla legge, esattamente 20 anni, per l'introduzione del divieto delle sigarette nei luoghi pubblici, cambiando le abitudini degli italiani. E il provvedimento trova il favore degli esperti, che da tempo sottolineano i rischi

per la salute derivanti dai nuovi prodotti come sigarette elettroniche e tabacco riscaldato.

Secondo i dati Istat nel 2014 gli utilizzatori delle e-cig over 14 erano circa 800mila poi si è visto un progressivo aumento, fino ad arrivare nel 2021 a quasi un milione e mezzo di persone, soprattutto tra i giovani. E l'Iss è chiaro: le e-cig non aiutano a smettere di fumare e utilizzare nicotina, anzi ne favoriscono l'iniziazione. «In Italia ci sono 93mila morti ogni anno a causa del

tabacco, il 20,6% di tutti i decessi – aggiunge la Società italiana di medicina ambientale (Sima), che promuove a pieni voti le misure annunciate dal ministro –. I fumatori di sigarette a tabacco riscaldato sono il 3,3% della popolazione. Le sigarette a tabacco riscaldato rappresentano la porta di ingresso che introduce i giovani al fumo, con costi sociali e sanitari enormi».



Provano ad affossare l'inchiesta sul virus

La commissione parlamentare si farà, anche se al momento è esclusa un'indagine sui vaccini. Intanto però il Pd mette le mani avanti: «Non dovrà colpevolizzare i governi precedenti». Pure i virologi più esposti si ribellano. Bassetti: «Non sia una gogna»

di **MADDALENA LOY**



■ La avevano promessa e arriverà. Ma non è affatto scontato che l'annunciata commissione parlamentare d'inchiesta sulla gestione del Covid si occupi proprio di tutti gli «errori commessi», come auspicato. Intanto, **Galeazzo Bignami**, il deputato di Fratelli d'Italia che più aveva sollecitato i governi di **Giuseppe Conte** e **Mario Draghi** a rendere conto della gestione pandemica, ha anticipato i tempi: vedrà la luce in primavera, «deve assolutamente partire, dobbiamo capire cosa è accaduto tra il 2020 e il 2022». L'iscrizione all'ufficio di presidenza della commissione affari sociali della Camera è già stata richiesta: «Ho avuto conferma che la prossima settimana verrà calendarizzato l'iter del disegno di legge. Poi si passerà al Senato», ha annunciato **Bignami**, che aveva fatto ricorso al Tar del Lazio contro il ministro **Roberto Speranza** per rendere pubblici i verbali segreti della task force ministeriale anti Coronavirus.

Nessuna concessione sui tempi, ha chiarito **Bignami**: «Non siamo disponibili a mettere un perimetro temporale, come qualcuno voleva fare». Ma il perimetro d'azione, quello sì, appare ancora circoscritto: «Indagheremo su assenza del piano pandemico, verbali secretati, carenza dei dispositivi, gestione delle mascherine e cure domiciliari negate. E non possiamo dimenticare quello che è successo in Val Serriana» (dove un'inchiesta è già in corso, con il deputato Pd **Andrea Crisanti** nelle vesti di consulente scelto dai magistrati, ndr). Esclusa però, al

momento, un'indagine approfondita sui grandi tabù pandemici: i conflitti d'interesse, i contratti d'acquisto, gli ultimi 140 milioni di dosi acquistate (a chissà quale prezzo) e inutilizzate, le scadenze dei lotti posticipate, la farmacovigilanza passiva e sorda di fronte alle segnalazioni dei cittadini che hanno riscontrato eventi avversi, il sistema di conteggio dei decessi, le super-consulenze delle virostar, il black out su tutte le evidenze scientifiche opposte alla linea di **Draghi, Speranza & Co.**, a partire dalla dubbia utilità della vaccinazione di giovani e adulti sani, fino al green pass, ma la lista può continuare all'infinito.

Ilaria Malavasi, deputata del Pd che seguirà i lavori in commissione, avanza il sospetto di una «volontà politica di andare a colpevolizzare i governi precedenti, che hanno comunque gestito bene - afferma - la pandemia». «Non ci deve essere speculazione politica», dice **Malavasi**, sebbene appaia arduo definire «speculazione» un'eventuale indagine

sul perché l'Italia sia stato il più grande Paese dopo gli Stati Uniti a registrare il maggior numero di decessi: 3.150 morti per milione di persone, ben peggio di altri Paesi Ue come Spagna (2.476 morti p/m), Francia (2.412 morti p/m), Svezia (2.146 morti p/m) o Germania (1.968 morti p/m). «Il Pd dice **Malavasi** - non ha nulla da nascondere, non ci sono preclusioni». Secondo la deputata Pd, però, appare «evidente che in questo momento le priorità sono altre». Il sospetto di **Malavasi** è che «ci sia solo la volontà politica di aprire una discussione in un momento in cui il governo ha sdoganato i medici no vax». Secondo l'esponente

del Pd, dunque, ci sarebbe il rischio che la commissione indaghi sui tabù pandemici con il solo obiettivo di nascondere qualcosa che in realtà è stato fatto alla luce del sole, ossia il reintegro dei medici non vaccinati.

Le reazioni dei medici, i veri protagonisti della pandemia, arrivano in sequenza: **Massi-**

mo Andreoni, professore di Malattie infettive a Tor Vergata, dichiara di avere un «giudizio positivo» su ciò che ha fatto l'Italia durante la pandemia. È ancora radicata in alcuni uomini di scienza, tra cui **Andreoni**, l'idea che l'Italia sia stata un modello, che «nella gestione del Covid ha dettato le regole». «Da cittadino dico che se ci sono state delle manchevolezze devono essere perseguite», ha precisato **Andreoni**, che ha suggerito che in commissione ci siano anche consulenti scientifici. Una richiesta avanzata anche da **Matteo Bassetti**: «Per giudicare ci vogliono competenze - ha dichiarato il direttore Malattie Infettive dell'ospedale San Martino di Genova - spero si prendano consulenti che possano valutare scientificamente quanto è accaduto». La commissione, secondo **Bassetti**, «può essere utile, ma non deve essere fatta per mettere alla gogna».

Il timore che si puntino i riflettori sullo zelo di quella parte della comunità scientifica



VERITÀ

particolarmente sensibile alla campagna marketing sui vaccini è alto. Ed è condiviso anche da **Fabrizio Pregliasco**: «L'importante è che non si tratti di un processo politico», dice il professore di igiene generale, candidato alle Regionali in Lombardia con Pd e Cinquestelle. Dai banchi dell'opposizione c'è però qualcuno che si rallegrerà dell'istituzione della commissione Covid, ed è **Matteo Renzi**. Dopo la nascita del governo di **Giorgia Meloni**, il leader del Terzo Polo aveva dichiarato: «Sulle mascherine, sulle apparecchiature, sui ventilatori cinesi, mal-

funzionanti ma garantiti da **Massimo D'Alema**, io vorrei una commissione d'inchiesta: sul Covid sono girati tanti soldi pubblici». Chissà se, nello specifico, sarà accontentato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

La salute? Persone che curano persone

Teresa Calandra, presidente della federazione tra le professioni tecniche della sanità: decisivo il fattore umano, in équipe sempre più multidisciplinari

ENRICO NEGROTTI

«**L**a nostra "Costituzione etica" intende fondarsi sul valore della persona: sia il cittadino-paziente che deve essere curato, sia il professionista sanitario che presta la sua opera. È stato un lavoro che è durato due anni e che ci è piaciuto condividere con papa Francesco». **Teresa Calandra** è la presidente della Federazione nazionale Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica, delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (Fno Tsrsm e Pstrp), che è stata ricevuta lunedì in Vaticano. La Federazione Tsrsm e Pstrp è nata in seguito alla legge 3/2018 e riunisce 18 professioni di ambito sanitario: tante figure, non sempre ben note al pubblico, ma indispensabili al buon funzionamento del sistema sanitario. La presidente ha voluto citarle tutte all'udienza con papa Francesco: assistenti sanitari, dietisti, educatori professionali, igienisti dentali, logopedisti, ortottisti e assistenti di oftalmologia, podologi, tecnici audiometristi, tecnici audioprotesisti, tecnici della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, tecnici di neurofisiopatologia, tecnici ortopedici, tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, tecnici della riabilitazione psichiatrica, tecnici sanitari di laboratorio biomedico, tecnici sanitari di radiologia medica, terapisti della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapisti occupazionali.

Come è nata la vostra Costituzione etica?

È una carta dei valori, alla quale abbiamo lavorato per due anni, per trovare tutto ciò che ci univa, proprio perché siamo tanti e diversi. E anche "giovani", perché la Federazione nazionale Ordini Tsrsm e Pstrp è sorta pochi anni fa. È stato un lavoro utile e impegnativo, ma anche faticoso,

svolto durante la pandemia, con le professioni sanitarie sotto stress, e senza potersi incontrare fisicamente. Le dieci parole chiave della nostra Costituzione etica sono: persona, responsabilità, salute, relazione, informazione, consenso, multiprofessionalità, competenza, riservatezza e segreto professionale, equità. Abbiamo cercato ispirazione in valori che sono di tutti i professionisti sanitari. La Costituzione etica nata come piccola luce si è trasformata in un faro che illumina tutta la nostra eterogenea comunità.

Sarà un riferimento per i Codici deontologici delle singole professioni?

Stiamo già lavorando in questa direzione. Un collega del Comitato centrale della Fno Tsrsm Pstrp, Antonio Cerchiaro, ha la delega di coordinare i lavori affinché i Codici deontologici di tutte le nostre professioni sanitarie si ispirino e si riferiscano alla nuova Costituzione etica. Sono già stati costituiti i gruppi di lavoro e si prevede un anno di impegno. La revisione dei Codici deontologici, ispirandosi a questi valori, ci farà diventare più robusti e ci aiuterà a caratterizzarci nella nostra multi-professionalità, e al contempo nel nostro stare insieme.

Il Papa ha ricordato che la persona da curare ha una componente spirituale. Come si esplica questa attenzione nelle vostre professioni?

A prescindere dall'area in cui operiamo, tutti noi siamo operatori sanitari. Certamente l'area tecnica, quella della riabilitazione, quella della prevenzione si mettono in relazione in modo differente sia con l'assistito sia con gli altri operatori sanitari: ma il nostro fine sono sempre le persone. E a loro abbiamo cercato di pensare nell'elaborare la Costituzione etica. In ogni caso, abbiamo comunque relazioni con altri colleghi. Insieme con la professionalità, abbiamo messo anche l'umanità e la spiritualità: ci lega il pensarci come persone che si relazionano con altre persone per il beneficio delle persone.

Il Papa vi ha ringraziato per il vostro impegno

e dedizione, specie quando nascosti. Quanto pesa questo elemento nel vostro lavoro?

Siamo molto grati a questo richiamo del Papa, perché spesso abbiamo patito il fatto di non essere riconosciuti. Nel mio discorso introduttivo ho ricordato che durante la pandemia sono state riconosciute alcune professioni sanitarie ma non tutte, che pure hanno contribuito in modo determinante alla risoluzione della criticità pandemica. Noi riteniamo che si vada avanti tutti insieme, in un'ottica inclusiva, perché restare ultimi ed essere dimenticati genera frustrazione, una sensazione che in un sanitario è molto critica. Papa Francesco ha riconosciuto il nostro valore, nonostante siamo stati veramente nascosti.

Poi il Papa ha ricordato che la salute spesso è un lusso. Cosa serve al nostro Sistema sanitario per non lasciare indietro nessuno?

Ci siamo già confrontati con il nuovo ministro della Salute e abbiamo chiesto di valorizzare le professioni sanitarie, e non solo economicamente, perché non è solo la leva economica quella che può determinare il salto di qualità. Bisogna creare percorsi di carriera professionale, che per le nostre professioni sanitarie non ci sono. Inoltre occorre pensare alla sanità del futuro in modo multiprofessionale. Soprattutto la sanità territoriale non è fatta solo di medici e infermieri: per uno screening senologico serve il tecnico di radiologia, per un esame di laboratorio il tecnico di laboratorio, per una riabilitazione il logopedista. E se vogliamo aiutare a risolvere il problema dei morti sul lavoro non basta punire: abbiamo i tecnici della prevenzione sui luoghi e ambienti di lavoro. La sanità del futuro deve puntare sulle équipe multidisciplinari per essere pronta a rispondere a tutte le esigenze del cittadino.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

«Ci serve la medicina che aiuta a vivere»

Le cure palliative, la battaglia contro la Sla, le vere esigenze dei pazienti. E l'esempio indimenticabile di Salvatore Mazza. Parla il neurologo Mario Sabatelli

VIVIANA DALOISO

Trovarsi soli di fronte alla più spietata delle malattie. Che toglie il movimento, la parola, la possibilità di nutrirsi. E che ancora non ha cura. Trovarsi soli e tentare un'altra strada: resistere, sperare, dare un senso, condividere. Tra i 6 mila pazienti che ogni giorno in Italia affrontano la Sla, fino al 26 dicembre scorso c'era il nostro collega e amico Salvatore Mazza. Una battaglia esemplare la sua, indimenticabile anche per il medico che l'ha seguita, il professor Mario Sabatelli, neurologo, direttore clinico del Centro Nemo di Roma al Policlinico Gemelli e presidente della Commissione medico-scientifica di Aisla. Convinto più che mai che sul fronte delle malattie neurodegenerative, e in particolare su quello delle cure palliative che possono aiutare i malati a vivere con dignità la loro drammatica condizione, sia necessaria una rivoluzione.

Salvatore ci ha dimostrato fino alla fine che si può fare: si può vivere appieno nonostante la Sla. Come è possibile?

Il concetto di cure palliative è cambiato profondamente nel tempo. Mutuato inizialmente dall'oncologia, dove queste cure sono a bassa intensità, a basso contenuto tecnologico e a basso costo, nel trattamento di malattie complesse come la Sla ha assunto caratteristiche del tutto opposte. Intanto perché in questo caso le stesse cure palliative non riguardano solo il fine vita con la finalità di alleviarlo, ma iniziano sin dal momento della diagnosi e con l'obiettivo di gestire ogni tipo di sofferenza che si manifesta nel decorso della malattia, sia fisica che psicologica o esistenziale ma anche di aumentare l'aspettativa di vita. Secondariamente perché i trattamenti sono ad alta intensità e ad alta tecnologia, coinvolgono una *expertise* specifica, comportano costi alti. Il problema è che questa rivoluzione fatica ad affermarsi nel pensiero di chi governa la sanità, nello specifico le Regioni, che in questo ambito non investono, o investono pochissimo. Continua a prevalere l'idea che la medicina che aiuta a vivere sia un po' meno medicina di quella che guarisce e che i pazienti affetti da malattie come la Sla siano un po' meno importanti di tutti gli altri.

Di cosa necessitano questi pazienti?

Di assistenza specializzata. La Sla richiede percorsi di presa in carico molto più complessi di altre patologie croniche. Da un mese all'altro le condizioni di un malato possono precipitare: vanno seguite costantemente. E poi serve vicinanza: questi pazienti chiedono una risposta a bisogni esistenziali radicali, una malattia come la Sla travolge la vita di chi ne soffre e di tutti i suoi familiari anche dal punto di vista economico e sociale. Sembra che chiedere questo impegno alla sanità sia irrealistico, quasi ingenuo. Invece





no, la sanità può e deve offrire questa vicinanza. I Centri Nemo raccolgono tutte le professionalità necessarie a fornirli grazie a équipe multidisciplinari, percorsi a 360 gradi e cuciti addosso alle persone. Sono però 7 in tutta Italia e c'è ancora molto da fare per trasferire questo modello e raggiungere i bisogni di tutti i pazienti. Mi riferisco, in particolare, alla necessità di rispondere tempestivamente e in modo adeguato quando insorgono problemi respiratori a causa della malattia.

E la medicina territoriale?

Dovrebbe lavorare in rete, trattando i pazienti incurabili alla stregua di quelli curabili. I malati di Sla dovrebbero poter contare sempre e ovunque su una struttura di riferimento: nel Lazio questo avviene, spesso veniamo contattati dalle Asl per consigli o interventi particolari. Ma esiste una inaccettabile disomogeneità tra regione e regione. C'è poi il problema della burocrazia e dei tempi di attesa: troppo lunghi, anche in questo caso del tutto incompatibili con le esigenze di pazienti così complessi. Ancora, come dicevo all'inizio, c'è il problema degli investimenti: si deve spendere di più per le non autosufficienze. Nel caso della Sla siamo in presenza di una malattia rara, aumentare la spesa per questi pazienti è sicuramente sostenibile: sono 6mila in tutta Italia. Più risorse, al contrario, ci permetterebbero di migliorare la qualità della loro vita: purtroppo non abbiamo ancora una cura, anche se la terapia genica applicata ai pazienti che hanno la mutazione del gene Sod1 ha infranto il muro

dell'inguaribilità e aperto alla speranza di un effetto domino che dia maggior fiducia

alla ricerca e agli investitori.

Assistenza, dunque, significa tecnologia...

È così. Basta pensare a quanto è essenziale avere a disposizione un comunicatore. Se poi il comunicatore si adegua alla voce personalizzata del paziente, obiettivo della campagna "My Voice" che Aisla ha appena lanciato, il risultato è ancora più significativo: attraverso questo strumento evitiamo ai pazienti che non sono più in grado di comunicare la devastazione psicologica che vivono nel perdere la parola, cioè la loro identità.

Professore, che ricordo conserva di Salvatore Mazza?

Quando penso a Salvatore mi viene in mente la frase celebre pronunciata da Stephen Hawking, che è passato dal nostro centro e che ho avuto la fortuna di conoscere personalmente, oltre che di assistere: «Per quanto la vita ci dia dei limiti, c'è sempre qualcosa che si può fare - ripeteva -. Guardate le stelle, non i vostri piedi». Salvatore l'ha fatto, ha sempre guardato le stelle. Conosco la fatica enorme che gli costava ogni due settimane scrivere la sua rubrica dedicata alla Sla (Slalom, ndr) e so quanti pazienti nelle sue condizioni, e quanti loro familiari, leggendo quegli scritti si sono sentiti meno soli. La sua voce, che ha continuato a farsi sentire fino alla fine, è stata un conforto. Per lui proviamo tutti un'infinita riconoscenza.



Il professor Mario Sabatelli

ALL'INTERNO

I «TECNICI DELLA SANITÀ»

«La salute è un fatto di relazioni tra persone»

Enrico Negrotti a pagina



LA SENTENZA DELLA CASSAZIONE

Maternità surrogata «pratica degradante»

Antonella Mariani a pagina



DISFORIA DI GENERE

Gli psicanalisti italiani: non bloccate la pubertà

Assuntina Morresi a pagina



Giovedì
19 gennaio 2023
764
vita@avvenire.it
Avenire

vita

**LA PERSONA
E LA CURA**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

ANCHE IL PARTITO DELLA PREMIER PRESENTA UN DISEGNO DI LEGGE SUI DIRITTI DEL NASCITURO

Proposta di Fdi: «Soggettività giuridica dal concepimento»

È stato depositato in Senato un disegno di legge di Fratelli d'Italia sul riconoscimento giuridico del nascituro. Il testo, datato 13 gennaio, è a prima firma di Roberto Menia e va ad aggiungersi agli altri tre del centrodestra in materia. Dopo Fi e Lega, a questo punto, tutti i gruppi della maggioranza hanno una proposta simile in materia. Il disegno di legge Menia si propone la «modifica dell'articolo 1 del Codice civile in materia di riconoscimento della capacità giuridica ad ogni essere umano». Il Codice, infatti, prevede che la capacità giuridica si acquisisca «al momento della nascita». Per il testo di Fratelli d'Italia invece «la soggettività giuridica ha origine dal concepimento», medesimo concetto espresso nel disegno di legge di Forza Italia con prima firma di Maurizio Gasparri. «Si tratta di riconoscere, anche nell'ambito giuridico, che embrione, feto, neonato, bambino, ragazzo, adolescente, giovane, adulto, anziano, vecchio sono diversi nomi con cui si indica una identica realtà, un identico soggetto, lo stesso essere personale, lo stesso uomo», spiega Menia nella presentazione del ddl, sottolineando come la vita umana prenatale sia sottoposta «a rischi di varia natura». Secondo il relatore del testo, «urge una completa disciplina dell'intervento manipolatore dell'uomo nell'ambito della genetica». «Anche nel campo dell'aborto», osserva ancora il senatore di Fdi, «è indispensabile individuare con chiarezza il

significato giuridico dell'essere umano nella fase più giovane della sua esistenza».

Anche la precedente proposta di Fi a prima firma di Maurizio Gasparri e depositata a ottobre prevede il «riconoscimento della capacità giuridica del concepito». Mentre un altro testo presentato dal capogruppo della Lega Massimiliano Romeo all'articolo 3 prevede, tra l'altro, che «il concepito è riconosciuto quale componente del nucleo familiare a tutti gli effetti». Accanto a queste proposte si pone quella di Isabella Rauti di Fdi che chiede l'istituzione, il 25 marzo, della «Giornata del nascituro».

L'opposizione va all'attacco. «Dopo il ddl Gasparri - dice la senatrice del Pd Valeria Valente - arriva il ddl Menia. Evidentemente Fdi non voleva sentirsi da meno rispetto a Fi, nell'attacco alle libertà e ai diritti delle donne di disporre del proprio corpo e di autodeterminarsi». L'obiettivo, dice la presidente dei senatori dem, Simona Malpezzi, è «cancellare il diritto della donna di autodeterminarsi nella scelta di diventare madre o meno». Il disegno di legge Menia è «una mostruosità giuridica», va all'attacco anche Cecilia D'Elia, senatrice Pd e portavoce nazionale della conferenza delle democratiche. Per la pentastellata Alessandra Maiorino è un «esproprio patriota dell'utero».

Il primo firmatario Menia:
«Proteggere la vita prenatale»
Testi simili anche da Gasparri (Fi)
e Romeo (Lega). Pd ed M5s: attacco
alla libertà delle donne





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

Maternità surrogata, pratica degradante

Dalla Cassazione a sezioni unite ferma condanna della «gestazione per altri». Nessun diritto di chi non è genitore biologico: si passa sempre dal giudice

ANTONELLA MARIANI

Non ci può essere alcun automatismo nella trascrizione di atti di nascita di bambini generati con l'utero in affitto all'estero: il genitore è uno solo, quello biologico. Il "genitore intenzionale" dovrà fare richiesta di "adozione in casi speciali" al Tribunale per i minori. La sentenza della Corte di Cassazione, Sezioni Unite Civili, resa nota il 30 dicembre scorso e passata quasi inosservata tra le feste di fine e inizio anno, offre una direzione inequivocabile agli uffici anagrafe di tutta Italia, che in questi anni hanno imboccato direzioni diverse, anche a seconda dell'orientamento politico dell'amministrazione. Il ragionamento della Cassazione, in estrema sintesi, è il seguente. Poiché la maternità surrogata, o "gestazione per altri" (Gpa), in Italia è vietata per validi motivi di dignità delle donne e di "mercificazione" del bebè, occorre scoraggiarne il ricorso pure all'estero ma nello stesso tempo tutelare l'interesse del bambino che nel frattempo ha intrecciato legami affettivi.

Il caso. Una coppia di uomini, legati da un'unione civile, chiede all'ufficiale di stato civile di trascrivere l'atto di nascita ottenuto in Canada, che li descrive entrambi come padri di un bambino nato da utero in affitto grazie al seme di uno dei due, a una donatrice di ovuli anonima e a una madre portatrice ben nota. L'ufficio anagrafe rifiuta, i due ovviamente ricorrono e, dopo un iter giudiziario complesso, arriva la sentenza della Cassazione.

Nessun automatismo sulla doppia genitorialità per chi rientra in Italia con il bam-

bino in braccio. Ed ecco cosa dice la sentenza della Cassazione. Chi ricorre all'utero in affitto all'estero e non ha legami biologici con il bebè non è automaticamente genitore anche in Italia: se così fosse, si «finirebbe per legittimare in maniera indiretta e surrettizia una pratica degradante». Il giudizio sulla Gpa è netto, e ricalca quello della Corte Costituzionale del 2017: «Offende in modo intollerabile la dignità della donna e mina nel profondo le relazioni umane, assecondando un'inaccettabile mercificazione del corpo, spesso a scapito delle donne maggiormente vulnerabili sul piano economico e sociale».

Il migliore interesse del bambino: la valutazione al Tribunale per i minori. Lo Stato italiano non vuole dunque essere messo di fronte al fatto compiuto, ma deve comunque tutelare il bambino nato, così come chiesto anche dalla Corte europea dei diritti dell'uomo nel 2019. La Cassazione ratifica così una soluzione "riparativa": il genitore d'intenzione non biologico, uomo o donna che sia, si deve sottoporre a una valutazione da parte del giudice, esattamente come accade nel caso di tutte le altre adozioni speciali e anche di quelle "ordinarie". Questo vuol dire che per la Cassazione, come spiega su *Tempi* il giurista Emanuele Billotti, «il paradigma della genitorialità naturale è ancora - e deve rimanere - al centro del sistema. La "genitorialità" puramente volontaria rimane un'ipotesi del tutto eccezionale, destinata a venire in considerazione come *extrema ratio* di tutela di un bambino», come nel caso «in cui, a seguito del ricorso a una tecnica vietata, si sia nondimeno concretizzato un rapporto di cura la cui formalizzazione appaia funzionale alla realizzazione del superiore interesse del minore».

Una pratica che offende la dignità della donna. La sentenza della Cassazione è importante anche per altri motivi. Il primo è che,

come abbiamo già visto, i giudici ribadiscono che la maternità surrogata è sempre una pratica che offende la dignità della donna e mina le relazioni umane.

Non esiste un diritto a essere genitori. Il secondo motivo, sottolineato con efficacia da Daniela Bianchini in un articolo pubblicato sul sito del Centro studi Levatino, è che la sentenza ribadisce che non esiste nel nostro ordinamento un diritto a essere genitori, e dunque «la genitorialità giuridica non può fondarsi sulla volontà della coppia». Quindi non basta aver "voluto" un figlio e averlo avuto con contratto: serve una «valutazione di concretezza», scrive la Cassazione, e cioè il riscontro oggettivo del «preminente interesse del bambino a continuare (...) un rapporto di cura e di affettività che già nei fatti si atteggia a rapporto genitoriale».

Alcuni osservatori a questo punto si spingono ad auspicare che nella valutazione dell'interesse del bambino il giudice consideri severamente la modalità della sua nascita. La coppia che decide di avviare una Gpa attua una "reificazione" del bambino, riducendolo a una merce da ordinare e pagare, e della madre che affitta il suo utero dietro lauto compenso. E il giudice, sostiene il Centro Levatino, ha il dovere di verificare se ciò è compatibile con una crescita serena del bambino. «Dovrebbe ritenersi - scrive Daniela Bianchini - sempre sussistente un potenziale rischio di pregiudizio, in quanto non va sottovalutato che prima ancora del suo concepimento il minore è stato trattato alla stregua di un oggetto, strumentale alla realizzazione di un desiderio altrui».





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

EUROPARLAMENTO

«Gestazione per altri», passo (a metà) di Strasburgo

Il Parlamento Europeo condanna l'uso «commerciale» della maternità surrogata. L'occasione è una risoluzione, approvata ieri a Strasburgo, relativa al Rapporto annuale 2022 sui diritti umani e la democrazia nel mondo e nell'Ue. Il Parlamento Europeo, si legge, «ribadisce la sua condanna della pratica commerciale della maternità surrogata, un fenomeno globale che espone le donne a livello mondiale allo sfruttamento e al traffico di esseri umani, prendendo di

mira in particolare le donne vulnerabili dal punto di vista finanziario e sociale». Il Parlamento chiede inoltre «un quadro legislativo (europeo ndr) per affrontare le conseguenze negative della maternità surrogata commerciale». La condanna della «gestazione per altri», a dire il vero, figura già in una risoluzione del 5 maggio 2022 relativa all'«Impatto della guerra in Ucraina sulle donne». La cosa interessante, tuttavia, è che mentre nella risoluzione di maggio la condanna era relativa alla

maternità surrogata tout court, nel testo approvato ieri la si limita solo alla pratica «commerciale», lasciando dunque spazio alle forme cosiddette «solidali» (senza pagamento formalizzato). Un emendamento avanzato dalla Lega, che estendeva la condanna alla pratica in genere, è stato bocciato dalla maggioranza in aula.

Giovanni Maria Del Re



L'aula di Strasburgo



I rischi dello svapo

Il ministro Schillaci ha lanciato la stretta sulle sigarette alternative. Per gli esperti sono meno dannose di quelle classiche ma non innocue. L'Iss: «Presentano agenti cancerogeni e favoriscono patologie polmonari»

IL CASO**PAOLO RUSSO**
ROMA

La stretta annunciata da Schillaci sull'universo mondo delle sigarette elettroniche riaccende la querelle su chi faccia più o meno male tra classiche bionde da una parte, svaporizzatori, Iqos, Glo, Ploom e gli altri prodotti a tabacco riscaldato dall'altra. Nella stretta anti-fumo annunciata in Parlamento dal ministro della Salute la novità più importante riguarda proprio lo stop alle sigarette «alternative», al chiuso e all'aperto quando si è in presenza di minori o di donne in stato di gravidanza. La svolta prende di mira i prodotti a tabacco riscaldato che in Italia hanno triplicato il numero di fumatori in soli tre anni, passando dall'1,1 al 3,3% della popolazione, che fanno quasi due milioni di adepti. Un pubblico conquistato anche dal potente marketing pubblicitario, che ha sempre promosso questa categoria di prodotti come funzionali a una politica di limitazione del danno, considerando che solo in Italia il fumo fa in me-

dia 96 mila morti l'anno.

Ma vediamo i pro e i contro del «fumo riscaldato» alla luce dei documenti prodotti dal nostro Iss e dall'americana Fda, la Food and Drug Administration che regola farmaci, alimenti e prodotti da fumo.

I pro

L'Fda ha autorizzato la popolarissima Iqos, regina di prodotti a tabacco riscaldato, come «prodotto a rischio modificato». Dopo attenta esame l'ente regolatorio americano nel 2019 ha sentenziato che «l'aerosol prodotto dal sistema Iqos di riscaldamento del tabacco contiene meno sostanze tossiche rispetto al fumo di sigaretta». Tanto da definire il dispositivo della Philip Morris «uno strumento adeguato per la protezione della salute pubblica» in quanto i livelli di sostanze tossiche sono più bassi rispetto alla combustione delle sigarette tradizionali. Sempre secondo l'Fda «l'esposizione al monossido di carbonio di Iqos è paragonabile all'esposizione ambientale, e i livelli di acroleina e formaldeide sono inferiori rispettivamente tra l'89% e il 95% e tra il 66% e il 91% ri-

spetto alle sigarette combuste». Vicini a quelli delle tradizionali bionde sarebbero invece i livelli di nicotina, che genera la dipendenza, con tutto quel che ne consegue in termini di esposizione al rischio di malattie cardiovascolari e dell'apparato respiratorio. Insomma, le tanto di moda Iqos & C., pur esponendo cuore e polmoni agli stessi pericoli dei fumatori tradizionali, ridurrebbero (senza escluderlo), il rischio di cancro. La pensa così l'Istituto Mario Negri, per il quale «è probabile che siano meno dannose delle sigarette tradizionali». Diverso il discorso per le e-cig a vapore utilizzate da 1,2 milioni di italiani. In base a una rassegna di studi scientifici l'Airc, l'Associazione italiana per la ricerca contro il cancro, ha sentenziato che sono «meno pericolose, ma non innocue».

I contro

Sempre per l'Airc, la minore dannosità dei prodotti da sva-



LA STAMPA

po svanisce con un uso massiccio, perché formaldeide e acetaldeide «a dosi più elevate di quelle assunte con una singola e-cig sono considerati cancerogeni certi».

Un pool di esperti coordinati dall'Iss nel 2018 ha invece sentenziato che i prodotti a tabacco riscaldato «non costituiscono un'alternativa valida e sicura al consumo tradizionale di tabacco, stante la presenza, oltre alla nicotina, di agenti cancerogeni e sostanze tossiche e nocive, nonché il verificarsi di eventi letali per patolo-

gie polmonari».

«Allo stato attuale e sulla base della documentazione - affermano gli esperti riferendosi a quella fornita dalla Philip Morris - non consente di riconoscere la riduzione delle sostanze tossiche, né di stabilire il potenziale di riduzione del rischio rispetto ai prodotti da combustione, a parità di condizioni di utilizzo».

Nessun dubbio invece sul fatto che Iqos & C. «non possono essere adottate quale strategia di salute pubblica, che mira invece alla disassuefazione dal fumo e dall'utilizzo di pro-

dotti del tabacco o contenenti nicotina». Questo sia perché generano ugualmente una dipendenza da questa, sia per l'uso duale che se ne fa. «L'87% di chi usa prodotti a fumo riscaldato fa contemporaneamente uso di sigarette tradizionali. Magari fumando Iqos e simili nei luoghi al chiuso dove il fumo tradizionale è invece vietato», spiega la professoressa Roberta Pacifici, direttrice dell'Osservatorio fumo alcol e droga dell'Iss. —

3,3

È la percentuale di popolazione che negli ultimi tre anni è passata allo "svapo"

96.000

Secondo le statistiche governative, sono i morti causati dal fumo ogni anno

Così su La Stampa



L'articolo uscito su La Stampa di ieri, dove venivano raccontate le iniziative avviate dal ministro della Salute, Orazio Schillaci, contro il fumo. Per la prima volta, però, i provvedimenti riguarderanno anche le sigarette elettroniche, che potrebbero subire alcuni divieti



Tra le sigarette "alternative" rientrano e le cosiddette "e-cig" e i dispositivi per scaldare il tabacco



Carenza farmaci: generici poco usati «Ora sempre in ricetta»

Il piano. Il ministro Schillaci: «Promuoverò la prescrizione dei principi attivi»
Per Covid e influenza meno di due medicinali su dieci sono equivalenti

Marzio Bartoloni

Contro la carenza dei farmaci si punterà di più sui generici (o equivalenti) oggi poco prescritti: in farmacia in media solo tre medicine su dieci sono "copie" di quelli di marca a cui è scaduto il brevetto, un numero che si abbassa a meno del 20% per le cure più gettonate di stagione e cioè quelle per Covid e influenza oggi introvabili in alcune farmacie: dalla Tachipirina al Brufen fino ad alcuni antibiotici. Una scarsa popolarità, quella dei generici dovuta alla ritrosia degli italiani che non si "fidano" delle "copie", ma anche dei medici che spesso non scrivono in ricetta, come invece dovrebbero per legge, il principio attivo alla base della molecola invece che solo il nome del farmaco di marca. Se in Italia i generici rappresentano il 30%, in Francia sono il 41% e in Germania e Inghilterra superano il 60 per cento.

È stato lo stesso ministro della Salute Orazio Schillaci a individuare nel «limitato ricorso ai medicinali equivalenti» una delle cause principali dell'attuale carenza. Ecco perché ieri ha promesso di «avviare ogni iniziativa finalizzata a promuovere la prescrizione del principio attivo in modo da consentire la diversificazione della domanda dei farmaci». L'obiettivo è rendere davvero cogente la legge 221 del 2012 che oggi non sempre viene applicata e che sul punto è chiara perché obbliga il medico a indicare sulla prescrizione sempre il principio attivo, ma riconosce la facoltà sempre al medico di indicare nella stessa ricetta anche la denominazione (di

marca o generica) del medicinale a base dello stesso principio attivo giudicandolo così insostituibile. Una scelta questa che va anche motivata, cosa che non sempre avviene. «Non c'è un problema di tipo normativo, piuttosto culturale. Un maggiore utilizzo dei medicinali equivalenti, soprattutto in situazioni di momentanea indisponibilità, deve passare da una più ampia informazione e sensibilizzazione dei cittadini», conferma il sottosegretario alla Salute (e farmacista) Marcello Gemmato ieri presente alla nuova riunione del tavolo al ministero sulla carenza dei farmaci: «Oggi anche dal tavolo è stata ribadita da tutti gli attori della filiera farmaceutica l'esigenza di promuovere una campagna di comunicazione ad hoc su cui ci impegniamo a investire puntando sulla efficace collaborazione tra medici e farmacisti».

A pesare infatti c'è anche il "pregiudizio" degli italiani verso i generici che preferiscono spendere oltre un miliardo di tasca propria pagando la differenza pur di avere il farmaco di marca a cui sono "affezionati", anche se per quel medicinale c'è un equivalente (o generico) uguale a disposizione più economico. E magari girano più farmacie e fanno scorte pur di non rinunciare contribuendo alla carenza di terapie. Un fenomeno evidente per le cure più gettonate in questa stagione e cioè quelle per influenza e Covid: dagli antinfiammatori (come il Brufen con il principio attivo Ibuprofene) agli analgesici - tra queste le stranote Tachipirina e Aspirina - fino agli antibiotici come i gettonatissimi

Augmentin e Zitromax. Proprio per queste terapie si sono segnalate carenze, a fronte però di un'ampia disponibilità di farmaci equivalenti a cui si fa troppo poco ricorso visto che rappresentano - secondo i dati di Egualia (i produttori di generici) - meno del 20% delle pillole: a esempio il paracetamolo vale solo il 4% delle vendite, mentre gli equivalenti dell'aspirina rappresentano il 17% e quelli dell'antiinfiammatorio con alla base l'ibuprofene che va per la maggiore per il Covid solo il 15 per cento. Vanno un po' meglio gli antibiotici: l'amoxicillina (il principio attivo a esempio dell'Augmentin) pesa per il 19,7% del mercato mentre l'Azitromicina (a esempio il Zitromax) è al 33 per cento. Contro la carenza Schillaci indica anche la strada dei galenici, i farmaci "preparati" dai farmacisti: «Rispondono alle esigenze terapeutiche del paziente, garantendo la qualità del prodotto», per questo si provvederà «a promuovere le mappe delle farmacie» che offrono i preparati galenici.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



L'ANNUNCIO DELLA COMMISSARIA ALLA SALUTE KYRIAKIDES

«A marzo una legge Ue contro la carenza di medicine»

■ «La proposta della legislazione farmaceutica è prevista per marzo», ha detto ieri la commissaria europea alla Salute, Stella Kyriakides, intervenendo al Parlamento europeo sul tema dell'aumento delle infezioni respiratorie e della carenza di medicinali nel vecchio continente. La nuova legge «includerà obblighi più rigorosi per le forniture, la notifica anticipata di carenze e ritiri e una maggiore trasparenza delle scorte», ha aggiunto la Kyriakides.

La commissaria ha riconosciuto che «stiamo assistendo alla carenza di alcuni medicinali in alcuni Stati membri, in particolare antibiotici e analgesici pediatrici».



SANTÀ E RICERCA

Vie respiratorie sotto attacco: test per la cura

Il Covid sta lasciando come eredità anche un sistema immunitario non più allenato a riconoscere e combattere diversi agenti patogeni. Così, per una terapia corretta, è fondamentale la diagnosi rapida per capire se si tratta di un'infezione batterica o virale

Linverno che stiamo attraversando è molto complesso sul versante delle infezioni respiratorie e il pronto soccorso sono presi d'assalto. Secondo gli esperti è un po' il contrappasso, il "rimbalzo" degli ultimi anni di pandemia, con un sistema immunitario non più allenato a riconoscere germi di varia natura e dunque più esposto al contagio e alla malattia. E se gli ultimi tre anni sono stati dominati dal Covid-19, quest'anno stanno riguadagnando terreno anche altre malattie respiratorie virali, come l'influenza e, nei più piccoli, il virus respiratorio sinciziale. A rialzare la testa, sono anche le classiche polmoniti batteriche e le riacutizzazioni della bronchite cronica ostruttiva (BPCO in particolare).

I FRAGILI

Accanto a queste, sempre sul fronte delle infezioni batteriche, dal Nord Europa arriva l'allarme streptococco di gruppo A invasivo, minaccia per i piccoli e gli anziani. Insomma, per un medico di pronto soccorso, costretto a valutare ogni giorno decine di pazienti con patologie respiratorie infettive acute, sarebbe importante avere a disposizione un test diagnostico in grado di orientarlo subito verso un'infe-

zione batterica o virale. Perché le prime richiedono, soprattutto nei fragili e negli anziani, la pronta instaurazione di una terapia antibiotica empirica, in attesa di conoscere il nome del batterio responsabile, che si ottiene solo con un esame microbiologico colturale che richiede in media tre giorni per la risposta.

Al contrario, le forme virali non devono essere trattate con gli antibiotici, in questi casi inutili e potenzialmente dannosi. Ed è proprio l'impiego sconsiderato degli antibiotici (si stima che siano utilizzati troppo e male nel 50% dei casi) alla base del feno-

La presa in carico del paziente con un'infezione acuta ha bisogno di nuovi strumenti, soprattutto in contesti come il pronto soccorso, dove la rapidità è vitale. Distinguere con certezza un'infezione virale da una batterica, nell'arco di un'ora, apre a nuovi scenari di medicina di precisione. A tutto vantaggio del paziente e della collettività. Ne abbiamo parlato con il dottor Giorgio Ghignoni, direttore scientifico di DiaSorin.

In Italia, ci sono spazi di miglioramento nella diagnosi delle infezioni polmonari acute?

«Direi proprio di sì. Uno studio real world condotto dalla Fondazione ReS (Ricerca e Salute), su dati amministrativi nel periodo 2016-2019, su 31 mila ricoveri per polmonite acquisita in comunità e a 42 mila BPCO riacutizzate, ha evidenziato che il 32% dei pazienti con polmonite e il 26% di quelli con BPCO arrivano in ospedale che hanno già assunto

un antibiotico. Prima del ricovero dell'antibiotico-resistenza. I batteri, esposti spesso inutilmente agli antibiotici, hanno imparato a difendersi, sviluppando degli ingegnosi sistemi per resistere alle terapie. Così, gli antibiotici stanno diventando armi spuntate contro i batteri, sempre più resistenti (super-bug o super-batteri). Un fenomeno responsabile di oltre 33 mila decessi l'anno in Europa.

L'Italia è la maglia nera del Vecchio Continente, contribuendo a questa lugubre statistica con oltre 10 mila decessi ogni anno. A volte però capita di sbagliare per difetto: in un paziente su cinque gli antibiotici non vengono usati quando necessario. Insomma è più che mai necessario dotare i medici di una guida alla diagnosi differenziale per orientarsi tra la Scilla delle infezioni batteriche e il Cariddi di quelle virali.

Idealmente dovrebbe trattarsi di uno strumento agile, di facile utilizzo e in grado di dare una risposta rapida per prendere una decisione fondamentale: antibiotico sì o no. Vengono in aiuto l'in-

telligenza artificiale e i progressi delle scienze "omiche" (genomi-



ca, trascrittomica, ecc.), un conubio che sta rendendo la medicina sempre più personalizzata soprattutto nel campo della diagnostica.

IN VITRO

Un esempio di questa rivoluzione che sa di futuro, ma che è già realtà nei principali ospedali italiani, è un test diagnostico messo a punto dall'azienda di bio-tech israeliana MeMed, il MeMed BV®, distribuito in Italia da DiaSorin per le proprie piattaforme strumentali ad alta automazione LIAISON. DiaSorin è una multinazionale italiana, leader globale nel campo della diagnostica in vitro e nel settore Life Science.

L'esame si effettua su un prelievo di sangue e la risposta, che arriva in meno di un'ora, consente di discriminare tra infezioni

batteriche e virali, negli adulti e nei bambini. È un test che, contrariamente a quanto fatto finora, non studia l'agente infettivo, ma la risposta immunitaria che il paziente mette in atto contro la minaccia. Gli esperti la chiamano "risposta dell'ospite" che è davvero complessa e prevede la produzione di una serie di proteine, che funzionano da armi di difesa contro l'invasore, modulate in modo diverso a seconda che si tratti di un batterio o di un virus.

LA FEBBRE

Studi di trascrittomica, analizzati dall'intelligenza artificiale hanno consentito di concentrare l'attenzione su tre proteine legate alla risposta immunitaria: TRAIL, IP-10 e Proteina C Reattiva.

La diversa combinazione di questi tre biomarcatori della ri-

sposta immunitaria (la "host signature" o firma del sistema immunitario del paziente) consente di capire se il problema (una polmonite o una malattia febbrile di origine sconosciuta) è causato da un batterio o da un virus, permettendo al medico di indirizzarsi verso la terapia più adatta per il suo paziente, senza perdere tempo e senza somministrare inutilmente un antibiotico in caso di malattia virale. Per mettere a punto questo test sono stati necessari oltre 10 anni di studi che hanno coinvolto non meno di 15 mila pazienti.

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

CON LE POLMONITI, ANCHE IL RIACUTIZZARSI DELLA BRONCHITE CRONICA OSTRUTTIVA E L'ARRIVO DELLO STREPTOCOCCO "A"

L'ESAME, IDEATO DALL'ISRAELIANA MEMED E DISTRIBUITO DA DIASORIN, È GIÀ IN USO NEI PRINCIPALI OSPEDALI ITALIANI

I NUMERI

4

I tipi di polmonite: batterica, virale, fungina e da inalazione

12

In migliaia, i morti di polmonite ogni anno nel nostro Paese



3,5

I milioni di persone in Italia con bronchite cronica ostruttiva

12

In migliaia, i morti all'anno in Italia da antibiotico-resistenza



Diabete, una rivoluzione dal pancreas artificiale?

VITO SALINARO

La notizia ha fatto il giro del mondo in poche ore, tanto è ampio l'interesse per la "pandemia silente del terzo millennio", ovvero il diabete. Entro il 2040, saranno oltre 640 milioni le persone sul pianeta che dovranno affrontare la malattia. Ecco perché lo studio pubblicato la scorsa settimana su *Nature Medicine*, secondo il quale un team di scienziati dell'Università inglese di Cambridge ha testato con successo un pancreas artificiale per il controllo automatico del diabete di tipo 2, è una novità di enorme rilievo. Si tratta di un ritrovato che aveva già mostrato efficacia nel diabete di tipo 1 e nelle persone con diabete di tipo 2 ma in dialisi.

Tra le due forme di malattia ci sono importanti differenze, anche in termini numerici: in Italia si stimano 300mila persone affette da diabete di tipo 1 e circa 3,5

milioni dal tipo 2 (solo contando i casi diagnosticati). Il diabete di tipo 1 è una malattia autoimmune, in cui il sistema immunitario danneggia le cellule del pancreas che producono insulina, l'ormone fondamentale per il metabolismo degli zuccheri. Nel diabete di tipo 2, invece, l'organismo produce insulina ma non riesce a utilizzarla correttamente a causa di disfunzioni metaboliche.

Ora, nella sperimentazione inglese sono stati arruolati 26 pazienti e il pancreas artificiale ha contribuito a migliorare significativamente la gestione dello zucchero nel sangue, dimezzando il tempo che i pazienti hanno trascorso con livelli elevati di glucosio. «Molte persone difficoltà a convivere con la malattia - ha detto Charlotte Boughton, che ha guidato il gruppo di ricerca a Cam-

bridge -. Il pancreas artificioso sicuro ed efficace, adatto all'implementazione a casa». L'89% dei pazienti, ha aggiunto Aideen Daly, collega e coautore di Boughton, «si è dichiarato soddisfatto della novità. Speriamo di avviare uno studio più ampio in modo da valutare l'approvazione all'utilizzo». Il dispositivo consiste in un sistema ad ansa chiusa composto da un sensore per la misurazione del glucosio e una micro-pompa per l'infusione di insulina. Grazie a una app, modula in automatico le quantità di insulina, stabilizzandoli e riducendo al minimo il tempo trascorso in ipo e iperglicemia.

«In una sotto-popolazione di persone con diabete tipo 2 il dispositivo potrebbe rappresentare una terapia», ha commentato Paolo Di Bartolo, presidente di Fondazione Associazione medici dia-

betologi (Amd).

Lo studio ha arruolato persone con un'età di circa 59 anni, una lunga durata di malattia e un diabete 2 non in controllo ottimale, già avviati a terapia insulinica intensiva da circa 8 anni. Ma la platea, secondo Di Bartolo, potrebbe allargarsi a pazienti «all'esordio molto scompensati» e ad altre categorie. «Restano da verificare - conclude Di Bartolo - la sostenibilità economica (in Italia sono oltre 600mila i pazienti in terapia insulinica), e l'attitudine nelle diverse fasce di età all'impiego di tali tecnologie».



Per chi soffre di diabete di tipo 2 possibile svolta in vista





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

RICERCA Sfruttata l'epigenetica

I topi ringiovaniti che alimentano speranze e dubbi

ANDREA LAVAZZA

Non è la piscina che ringiovanisce del film *Cocoon*, ma sui topi le procedure sperimentate recentemente da due diversi gruppi di ricerca sembrano sorprendentemente avere gli stessi effetti. In entrambi i casi, ha giocato un ruolo importante l'insieme di proteine che il premio Nobel Shinya Yamanaka ha messo a punto per riprogrammare le cellule adulte in cellule staminali pluripotenti. I componenti questa volta sono stati impiegati allo scopo di ripristinare le condizioni epigenetiche ideali degli organismi, ovvero quell'insieme di processi chimici che coinvolgono il Dna e le proteine nella regolazione dell'espressione genica. Si tratta di tornare all'efficienza dell'organismo giovane che nel tempo si perde, anche se i geni continuano a funzionare apparentemente nello stesso modo.

Il primo studio è stato condotto dall'azienda Rejuvenate Bio di San Diego (California), guidata dallo scienziato Noah Davidsohn. Nei topi "anziani" è stato iniettato un vettore virale per inserire i geni che esprimono tre dei

fattori di Yamanaka noti come OSK. Il risultato è che gli animali così trattati hanno vissuto il doppio (18 settimane) rispetto agli esemplari di controllo. E sono ricomparse tracce di metilazione del Dna, un tipo di processo epigenetico tipico dell'età più giovane. La seconda ricerca è stata realizzata dal gruppo del noto, autorevole (e anche controverso) biologo David A. Sinclair (già in team con lo stesso Davidsohn) all'Harvard Medical School (e pubblicata su *Cell*). Più complesso nella sua fase iniziale (è stata creata una linea geneticamente modificata di topi che, una volta assunto un farmaco, crea un enzima che taglia il Dna accelerando il processo di invecchiamento), l'esperimento ha mostrato che grazie all'OSK il processo di decadimento fisico si può invertire, tanto che alcuni animali hanno recuperato la vista. In questo modo, si ipotizza che il percorso da organismo giovane a organismo anziano possa essere indotto a piacimento nelle due direzioni.

Studiosi non coinvolti, tra cui il genetista italiano Giuseppe Novelli, hanno invitato alla

cautela, sottolineando che i risultati ottenuti devono essere confermati da ulteriori dati e soprattutto vanno valutate tutte le modificazioni epigenetiche del Dna. Inoltre, è noto che la tecnica di Yamanaka comporta un certo rischio di sviluppare tumori.

Malgrado questi dubbi della comunità scientifica, i gruppi citati hanno intenzione di accelerare una potenziale fase clinica. Sinclair mira a testare la procedura sulle scimmie per potere poi chiedere l'autorizzazione alla Fda americana per un'applicazione sperimentale a malattie legate all'età che portano alla perdita della vista.





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

DISFORIA DI GENERE La Società italiana scrive al governo esprimendo riserve sull'uso di farmaci

Gli psicanalisti: no ai bloccanti della pubertà

ASSUNTINA MORRESI

Lresidente della Società psicoanalitica italiana (Spi), Sarantis Thanopoulos ha scritto al presidente del Consiglio Giorgia Meloni a nome dell'esecutivo della Spi per esprimere «grande preoccupazione» e «forti perplessità» riguardo all'uso dei bloccanti della pubertà per i minori con disforia di genere; elenca controindicazioni a questo percorso e chiede di avviare una discussione scientifica in merito, cui si impegna a contribuire. È la prima società scientifica nel nostro Paese a sottolineare pubblicamente le criticità di questo trattamento, in Italia gratuito nelle condizioni individuate da Aifa (la nostra agenzia di farmacovigilanza). Ma non è una novità nel panorama europeo. Le autorità sanitarie di Svezia e Finlandia da almeno un paio di anni hanno rivisto radicalmente il loro approccio alle transizioni di genere dei minori, con i bloccanti della pubertà sotto accusa, mentre in Gran Bretagna è stata appena chiusa la più grande clinica autorizzata a trattare la

disforia di genere nei ragazzi, la Gids-Tavistock, e non solo: lo scorso 4 dicembre è terminata la consultazione pubblica su una proposta di nuove linee guida in merito, a cura del Sistema sanitario nazionale britannico, dopo che un caso giudiziario e un'autorevole inchiesta indipendente avevano aperto il vaso di Pandora delle transizioni fra i più giovani, rilevando gravi criticità nell'approccio con i bloccanti. Interrompere la pubertà fisiologica intorno ai 12 anni ai ragazzini con disforia di genere, cioè sofferenti perché si percepiscono di un genere diverso da quello di nascita: è questa la novità del cosiddetto "protocollo olandese", che vede poi la somministrazione di ormoni di transizione ai 16 anni per chi persiste nel «sentirsi nel corpo sbagliato» ed eventualmente la chirurgia demolitiva-ricostruttiva dai 18 in poi. Media e social generalmente promuovono l'approccio, raccontandolo anche in tante serie televisive popolari, ma nella letteratura di settore trovano sempre più spazio

pesanti critiche di specialisti impegnati nella cura di minori con queste problematiche. Gli studi su cui si basa il protocollo sono pochi e, per di più, contestati per la mancanza di rigore: notevoli ad esempio le pubblicazioni di Stephen B. Levine, del Department of Psychiatry della Case Western Reserve University, a Cleveland (Usa), che lavora in questo ambito con adulti e giovani dal 1973. Di recente Levine ha letteralmente demolito il metodo con cui sono state condotte le ricerche fondanti il protocollo olandese: innovativo negli anni 90, quando il protocollo è stato introdotto, ma estraneo ai criteri della evidence-based medicine, adottati ai nostri giorni. Intanto cresce l'allarme per l'aumento esponenziale dei minori con disforia di genere e/o identità transgender, in Occidente: un fenomeno relativamente raro prima del 2015 ma attualmente con stime di 1 su 10-20, secondo l'American College Health Association, con una insorgenza improvvisa e rapida nell'adolescenza e che ri-

guarda soprattutto le ragazze. Sono sempre più i de-transitioners, coloro che dopo un percorso di transizione cercano di tornare al genere di nascita, purtroppo con scarse possibilità: la quasi totalità di chi blocca la pubertà poi prosegue con gli ormoni di transizione e spesso con la chirurgia, con modifiche irreversibili. Sono loro la drammatica dimostrazione vivente dei fallimenti di questo approccio che, in aggiunta, si basa su un consenso informato sulla cui robustezza, e quindi validità, crescono sempre più i dubbi. Ora anche in Italia.

3 RIPRODUZIONE RISERVATA

Per la prima volta una sigla scientifica del nostro Paese prende posizione contro una pratica sempre più discussa nel mondo



IMPARARE A COSTO ZERO IL CASO DELLA PRONAZIONE

L'abbiamo conosciuta meglio
per i suoi effetti negli adulti
con grave insufficienza
respiratoria da Covid
Ma funziona pure con i neonati
e potrebbe diventare una risorsa
pure nei Paesi in via di sviluppo



di **Daniele de Luca**

Siamo abituati a una sanità sempre più tecnologica e costosa.

A volte però, benché raramente, alcuni interventi semplici e niente affatto costosi possono essere molto efficaci. Questo è il caso della pronazione (cioè il posizionamento di un paziente sull'addome) che apporta benefici significativi in caso di insufficienza respiratoria.

Abbiamo imparato tutti a conoscerla grazie alla pandemia, vedendo adulti con grave insufficienza respiratoria da Covid migliorare in tale posizione. Il motivo è dovuto ad una migliore apertura polmonare (con guadagno netto in termini di zone polmonari «reclutate») ed a un migliore accoppiamento della perfusione e dell'aerazione polmonare.

È ovviamente molto più semplice pronare un neonato o un lattante piuttosto che un adulto, ma è interessante notare come non ci fossero dati solidi sull'efficacia e la sicurezza della pronazione nel neonato critico affetto da insufficienza respiratoria.

Fino ad ora solo vecchi studi, molto brevi, con pochi pazienti e privi dei concetti moderni di rianimazione respiratoria erano stati condotti, adesso però uno studio dell'Università Paris



CORRIERE SALUTE

Saclay¹ pubblicato su *Lancet ECLinicalMedicine*, dimostra chiaramente, con varie tecniche non-invasive, che la pronazione migliora la funzione polmonare ed apre i polmoni nei neonati con insufficienza respiratoria sia moderata sia grave.

Lo stesso risultato è ottenuto in quelli che stanno evolvendo verso una insufficienza cronica (la cosiddetta bronco-displasia).

Questa è una novità nella novità giacché essa ha una meccanica diversa e la pronazione non era mai stata provata nei casi di insufficienza respiratoria cronica, neppure dell'adulto.

Complessivamente i benefici sono stati dimostrati con una pronazione di 6 ore, in assoluta sicurezza, per 161 neonati.

Altri sviluppi potranno venire da ulteriori studi volti a capire se la pronazione ha effetti positivi anche in caso di patologie respiratorie

ostruttive (come la bronchiolite) o in altre patologie respiratorie croniche.

Si tratta di un'informazione importante che ci dice anche come, in questo ambito, il neonato critico non sia un essere diverso dall'adulto e segua la stessa fisiopatologia del paziente più anziano.

Questo è importante in una ottica di cross-disciplinarietà perché si può solo imparare dall'esperienza accumulata nella medicina dell'adulto e qualche volta persino far avanzare la conoscenza e trovare soluzioni a costo zero.

Ciò è tanto più necessario in neonatologia ove la ricerca e sviluppo langue e nuovi interventi farmacologici o strumentali sono rari e hanno difficoltà, per varie ragioni, ad essere implementati.

Si possono immaginare conseguenze ulteriori grazie all'applicazione di questo semplice intervento in Paesi in via di sviluppo o in centri periferici sprovvisti delle tecniche di sostegno respiratorio e dei trattamenti tipici delle terapie intensive neonatali di riferimento.

**Presidente European Society for Pediatric and Neonatal Intensive Care*



La maggior parte di noi utilizza meno del 50 per cento della propria capacità respiratoria. Se invece riuscissimo a incrementarla (anche solo del 10 per cento) ne riceveremmo benefici sia per quanto riguarda pressione del sangue e battito cardiaco sia, di conseguenza, su cognizione, emozioni, umore, stress e memoria

Facciamo passare un'aria di benessere attraverso i bronchi

Perché imparare a controllare il respiro può giovare alla mente e a tutto l'organismo

di **Anna Fregonara**

Lil respiro è il primo atto che compiamo quando nasciamo e l'ultimo quando ce ne andiamo. Vivere fino a 80 anni significa eseguire oltre mezzo miliardo di respiri considerando che ne facciamo circa 20mila al giorno. Respirare è un comportamento così semplice e automatico che si dà per scontato.

«Eppure la maggior parte di noi respira male, utilizza meno del 50% della capacità respiratoria» puntualizza Mike Maric, ampione mondiale di apnea, coach di respirazione, medico specialista in ortognatodonzia e professore all'Università di Pavia, allenatore, tecnico europeo di 4° livello Coni autore dei libri *Il potere antistress del respiro* e *La scienza del respiro* (Vallardi), «Se riuscissimo a usare anche solo il 10% in più della nostra capacità polmonare potremmo guadagnarne in termini di benessere». Imparando a respirare efficacemente si può migliorare la pressione del sangue, il batti-

to cardiaco e influire sull'attività di ampie aree del cervello e, di conseguenza, su cognizione, emozioni, umore, stress e memoria, come si legge su *Annual Review of Neuroscience*.

Neuroni specializzati

L'apparente semplicità dell'atto respiratorio nasconde un complesso sistema di controllo neurale. «Alla fine degli anni '80 i neuroscienziati identificarono un nucleo del tronco encefalico



falico, chiamato *Complesso preBötzinger* (preBötC), che raggruppa una rete di neuroni pacemaker da cui origina il ritmo della respirazione», spiega Nicola Montano, professore di Medicina interna all'Università degli Studi di Milano e direttore dell'omonima divisione all'Irccs ospedale Policlinico del capoluogo lombardo.

«I neuroni di questo generatore del ritmo respiratorio sono in contatto sinaptico con altri neuroni del tronco encefalico che regolano la frequenza cardiaca, garantendo quella sincronizzazione vitale tra respiro e battito cardiaco. Questo è il motivo per cui il cervello ci guida a respirare senza che noi ce ne accorgiamo e fa in modo che la respirazione cambi e si coordini

con altri comportamenti, come mangiare, parlare, ridere, sospirare, assecondandoli».

Umore e stress migliorano

L'interfaccia chiave tra cervello-respiro-benessere è costituita dal sistema nervoso autonomo. «Questo regola tutte le funzioni viscerali, come la motilità gastroenterica e genitourinaria, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, ed è legato a zone del cervello come l'amigdala, un attore importante nell'elaborazione delle emozioni— precisa Montano—. È costituito da due parti: il sistema nervoso *simpatico*, il nostro ac-

celeratore, che si attiva in qualsiasi situazione di stress sia psichico sia fisico, e quello *parasimpatico* o *vagale*, il nostro freno, associato al relax e al recupero. Fa parte del cosiddetto "stress system" ed è collegato a quella parte del sistema nervoso centrale chiamato *sistema limbico*, che regola la risposta alle emozioni.

«L'iperattività simpatica, che si esprime con un'aumentata liberazione di adrenalina e noradrenalina in circolo, è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di patologie croniche come quelle cardiovascolari e metaboliche perché a sua volta attiva fattori di rischio intermedi: infiammazione, stress ossidativo, resistenza insulinica, alterazione della risposta del sistema immunitario, della qualità e della quantità del sonno. Uno dei modi per ridurre l'attività simpatica, e aumentare quella protettiva parasimpatica, è la modulazione del ritmo della re-

spirazione: da qui i benefici su umore, stress, emozioni e sui fattori di rischio di malattia che possono così essere ridotti».

Yoga e mindfulness

È chiaro, quindi, come la respirazione sia il punto di incontro tra il nostro corpo e la nostra mente, attraverso il respiro possiamo governarli entrambi. «Chi pratica yoga è avvantaggiato», prosegue Montano. «In letteratura scientifica, le terapie cognitivo-comportamen-

tali, in cui rientrano le tecniche di meditazione sia quelle orientali più antiche come lo yoga, sia quelle occidentali più recenti come la mindfulness, stanno raccogliendo sempre più evidenze della loro capacità antistress, o meglio di riduzione della risposta allo stress. Utilizzano il respiro lento e profondo come strumento per controllare il sistema nervoso autonomo, abbassando l'attività simpatica a favore di quella parasimpatica. L'effetto finale di questo tipo di respirazione è quello di ridurre l'eccessiva risposta allo stress cronico che è quello che può far ammalare. Lo stress acuto, infatti, non è quasi mai un problema perché è limitato nel tempo; è come quello che si vive prima di un esame universitario, si esaurisce appena si conclude la prova».

Depressione e insonnia

«Yoga ed esercizio fisico, integrati con le terapie prescritte dallo specialista, potenzialmente possono funzionare nei soggetti con depressione maggiore, disturbo che si associa a un'iperattività simpatica. La difficoltà è l'aderenza dei pazienti a questo tipo di percorso», precisa Montano. «Per quanto riguarda l'insonnia, invece, le linee guida sottolineano come l'unica evidenza per un trattamento senza effetti collaterali è quello delle terapie cognitivo-comportamentali. In questi ultimi anni

stanno emergendo tecniche che vanno a stimolare, in modo non invasivo, l'attività vagale elettricamente: fanno parte della cosiddetta *bioelectric medicine* e in futuro potrebbero aiutare a migliorare la cura dell'insonnia».

Benefici sul cuore

Infine, ricercatori hanno dimostrato che se durante un allenamento i pazienti con scompenso cardiaco respirano in modo più lento e profondo c'è un effetto protettivo enorme sul siste-



ma cardiovascolare, perché si riduce la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa.

«Quando ci si allena a rallentare il respiro, espirazioni e inspirazioni diventano sempre più lunghe, dunque la variabilità del ritmo cardiaco aumenta: questo è un indice importante di salute cardiovascolare», conclude Andrea Zaccaro, psicologo e ricercatore post dottorato all'Università Gabriele D'Annunzio di Chieti-Pescara e coautore di uno studio su respiro e

cervello.

«Per questo le pratiche respiratorie possono influenzare la variabilità del ritmo cardiaco che molti studi riportano come un predittore del recupero, dopo un infarto o come indice di sopravvivenza. Lavorare sul respiro significa anche migliorare l'enterocezione, la capacità che ha il cervello di percepire il corpo».

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ricordi

«Uno studio del 2016 ha messo in luce, per la prima volta, come il ritmo del respiro produca un'attività elettrica nel cervello che influenza il modo in cui ricordiamo. L'aspetto curioso era che le maggiori differenze in termini di qualità di memoria erano legate al fatto che i soggetti stessero inspirando o espirando attraverso il naso o la bocca», precisa il ricercatore Zaccaro. «Queste differenze dipenderebbero dalla capacità dell'inspirazione nasale di creare un'attività sincrona con l'ippocampo, sede della memoria e dell'apprendimento».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il primo è smettere con il tabacco

I quattro consigli dello pneumologo

Ecco alcuni consigli pratici di Sergio Harari, direttore della Pneumologia all'Ospedale San Giuseppe Irccs Multimedica di Milano e professore di Medicina interna alla Statale di Milano, per proteggere i polmoni: «Il primo: non fumare. Il fumo ha un impatto negativo sulla salute molto maggiore di qualsiasi esposizione a inquinamento. Fumo e inquinamento moltiplicano vicendevolmente la loro azione negativa». «Il secondo: bere molta acqua aiuta a idratare bene le mucose, anche quelle respiratorie, e a fluidificare le secrezioni». «Il terzo: prevenire le infezioni respiratorie. A tutti consiglio il vaccino per il Sars-Cov 2. Soprattutto alle categorie più a rischio — raccomando, oltre a questo, quello antinfluenzale e i vaccini antipneumococco: sono due ed è importante farli entrambi perché si integrano a vicenda». «Il quarto: fare più attenzione ai sintomi respiratori. Per esempio, bronchiti o episodi di tosse ricorrenti o fiato corto possono essere sottostimati e nascondere forme asmatiche che possono essere efficacemente trattate».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Il respiro lento e profondo riesce a controllare il sistema nervoso autonomo abbassando l'attività «simpatica» a favore di quella parasimpatica



Tradizione

Il rimedio «della nonna» contro gli attacchi di panico

«Fai un respiro profondo». Quante volte ci è capitato di dirlo o di ascoltare questa frase. «Non si tratta solo di un "rimedio della nonna" perché il respiro, l'unico parametro modificabile volontariamente, può essere usato anche come un intervento medico», dice Nicola Montano, professore di Medicina Interna alla Statale di Milano. «Facciamo l'esempio di un attacco di panico. Il primo segno che lo caratterizza è l'aumento della frequenza respiratoria: il soggetto respira velocemente e superficialmente. Per superare la crisi, si consiglia subito al paziente di respirare in modo più lento e profondo. In questo modo, si riduce l'attivazione del sistema nervoso simpatico e si abbassa il rilascio di catecolamine, neurotrasmettitori eccitatori che hanno un picco di produzione durante l'attacco di panico».

A. F.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Il primo nemico dei polmoni rimane il fumo

Altro obiettivo fondamentale è ridurre il grado di infiammazione generale dell'organismo aumentando la capacità dei tessuti di eliminare i radicali liberi, di cui si giova anche e (soprattutto) la mente

La principale minaccia dell'apparato respiratorio è lo stress ossidativo. «Può essere favorito dall'esposizione a inquinanti ambientali, domestici, professionali, virus e batteri», sottolinea Maria Pia Foschino Barbaro, professore ordinario di Malattie dell'apparato respiratorio all'Università di Foggia.

«Il fattore di rischio principale è, però, il fumo di sigaretta: con una boccata inaliamo circa 19 miliardi di radicali liberi, una fonte di ossidazione importante. Ogni volta che si presenta lo stress ossidativo si riduce la capacità del sistema immunitario di far fronte alle aggressioni esterne di virus e batteri, esponendo i polmoni a un possibile danno. Il primo passo da compiere è smettere di fumare. Inoltre lo stress ossidativo favorisce a sua volta processi infiammatori, due condizioni che si alimentano a vicenda e che sono responsabili di tante malattie croniche, da quelle respiratorie a quelle cardiovascolari o metaboliche».

Ossidazione

Per aumentare la capacità dei tessuti di eliminare i radicali liberi e favorire una

risposta più efficace alle infezioni è importante acquisire buone abitudini: movimento, corretta respirazione e seguire un'alimentazione varia e sana. «Il

principale antiossidante delle nostre cellule è il glutatione: è prodotto dal fegato, ma si riduce fisiologicamente dopo i 45 anni e in presenza di stress ossidativo», continua la professoressa Foschino. «Un suo deficit può comportare un maggiore rischio di danno polmonare, per questo è importante rigenerarlo e accrescerne le riserve endogene, non solo per contrastare l'azione ossidante, ma anche per incrementare le capacità di difesa immunitaria. Frutta e verdura contengono glu-

tatione. Tuttavia, occorre considerare le difficoltà di assorbimento del glutatione da parte dell'organismo. Utile anche il consumo regolare di carne, pollo, pesce e formaggi che, ricchi di zolfo e selenio, sono in grado di stimolare la glutatione perossidasi, ossia un grup-



po di enzimi ad azione antiossidante. In taluni casi può essere indicata l'N-acetilcisteina (NAC), una molecola che deriva da un amminoacido naturale e che ha la capacità di rigenerare il glutatone».

Dieta

In ogni caso l'alimentazione, più in generale è utile a controllare l'infiammazione di fondo dell'organismo che incide non solo sull'apparato respiratorio. Alcuni ricercatori hanno di recente studiato le associazioni trasversali tra l'indice infiammatorio dietetico (DII), il volume cerebrale e lo stato di salute dei vasi cerebrali.

Il DII è un calcolatore di rischio basato su 45 componenti alimentari che promuovono o che contrastano l'infiammazione. Un punteggio alto indica una dieta più pro-infiammatoria. Lo strumento è stato sviluppato dagli studiosi dell'Università della Carolina del Sud ed è stato utilizzato in oltre 200 articoli scientifici.

«In uno studio pubblicato nel 2022 su *Alzheimer's & Dementia*, i ricercatori hanno esaminato 1.897 partecipanti della coorte di Framingham (analizzata con l'obiettivo di stimare il rischio delle patologie cardiovascolari), con un'età media di 62 anni, che hanno completato questionari sulla frequenza degli alimenti assunti e sono stati sottoposti ad analisi di risonanza magnetica cerebrale», spiega Michela Matteoli, direttrice dell'Istituto di Neuroscienze del Consiglio Nazionale delle Ricerche e coordinatrice

del Neuro Center dell'ospedale universitario milanese Humanitas dove è anche professoressa di Farmacologia. «Gli studiosi hanno trovato che coloro che consumavano più cibi pro-infiammatori - e quindi avevano punteggi DII più alti - mostravano un volume cere-

brale totale e della materia grigia più piccolo».

I dati sono interessanti anche se gli autori dello studio avvertono comunque che «è necessaria una replica per confermare i nostri risultati».

Invecchiamento

Di recente, sulla rivista scientifica *Neurology* è apparso anche uno studio che ha ulteriormente chiarito la relazione tra dieta, infiammazione e processo di invecchiamento. «È stato condotto su 1.059 adulti, con un'età media di 73 anni, residenti in Grecia, che non presentavano demenza all'inizio dello studio. I ricercatori hanno seguito queste persone per tre anni: 62 hanno sviluppato demenza», prosegue l'esperta. «I partecipanti le cui diete avevano un DII più alto avevano tre volte più probabilità di sviluppare demenza durante il periodo di studio rispetto ai partecipanti le cui diete avevano il punteggio infiammatorio più basso. Questi risultati supportano il concetto che la dieta svolge un ruolo importante nel contrastare l'infiammazione nel nostro corpo, favorita anche da stress, stile di vita sedentario e cattive abitudini, come il fumo di sigaretta».

«Non esiste un'unica dieta antin-

fiammatoria. È lo schema generale a tavola che conta che dovrebbe comprendere: verdure a foglia verde, come

spinaci, bietole, cavoli e broccoli, ricche di antiossidanti, incluso la luteina che si è vista svolgere un ruolo importante nel mantenere sano il cervello; frutta come fragole, mirtilli, ciliegie e arance, ricchi di antiossidanti naturali e polifenoli, composti protettivi che si trovano nelle piante; frutta secca come mandorle e soprattutto noci; pesci grassi come salmone, sgombro, tonno e sardine che abbondano di grassi omega-3; legumi, come fagioli e lenticchie, dovrebbero essere consumati almeno quattro volte a settimana, assieme ai cereali integrali; al posto del sale, erbe e spezie che forniscono polifenoli antinfiammatori; olio extravergine d'oliva».

Microbioma

«Una dieta povera di fibre può contribuire all'infiammazione riducendo la diversità dei microbi intestinali e diminuendo quelli che hanno un ruolo antinfiammatorio», conclude Matteoli. «Troppi carboidrati raffinati, patatine e cibi fritti, bevande zuccherate, carni rosse, carni lavorate, margarina, grasso e strutto, dolci concorrono anche all'aumento di peso che è un fattore di rischio per l'infiammazione».

Anna Fregonara

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Asparagi, spinaci, cavoli, noci, broccoli e mandorle sono ricchi dell'antiossidante glutatone



Alimentazione

Colazione giusta
ed esercizio
per non sentirsi
frastornati al risveglio

di **Ilaria Prandoni**

11



Meno zuccheri semplici a colazione per superare l'intontimento al risveglio

Utile preferire carboidrati complessi (meglio ancora se integrali) perché l'inerzia mattutina risulta condizionata anche dalla risposta glicemica

di **Ilaria Prandoni**

Se ci capita spesso di svegliarci «intontiti» e magari di portarci dietro questa sensazione per buona parte della giornata possiamo agire su tre fronti per arginare il problema: cercare di dormire più a lungo, fare esercizio fisico il giorno prima facendo scelte giuste per la colazione del mattino.

A suggerirlo è uno studio eseguito da ricercatori dell'Università di Berkeley, in California (How people wake up is associated with previous night's sleep together with physical activity and food intake), pubblicato sulla rivista *Nature Communications*, nel quale sono stati analizzati dati già raccolti da una precedente indagine (*PREDICT1*, Personalized

Responses to Dietary Composition Trial 1), condotta per stabilire come le caratteristiche individuali, lo stile di vita e la composizione in nutrienti della dieta condizionino le risposte dell'organismo in seguito all'assunzione di cibo.

Nella ricerca sono state incluse anche coppie di gemelli per valutare in che termini contasse una predisposizione genetica (che è risultata non significativa).

«Ognuno degli elementi considerati esercita un effetto unico e indipendente» chiarisce Raphael Vallat, primo autore della ricerca. «Se dormiamo più a lungo quello che si osserva è un aumento della "vigilanza" al risveglio. Se facciamo più attività fisica il giorno precedente se ne ve-

de un incremento ulteriore». «Servono tra le 7 e le 9 ore di riposo notturno per liberarsi dall'inerzia del sonno, definita come l'incapacità di passare in maniera efficace a uno stato di *allerta cognitiva* al risveglio» aggiunge Matthew Walker, altro autore dello studio e professore di neuroscienze e psicologia a Berkeley. «Nella maggior parte delle



CORRIERE SALUTE

persone è questo l'intervallo di tempo necessario per rimuovere una sostanza chimica chiamata *adenosina*, che si accumula nel corpo durante il giorno e contribuisce alla sonnolenza alla sera, una condizione definita tecnicamente *pressione del sonno*».

Per quanto riguarda l'attività motoria il giorno precedente: «È noto che allenarsi, in generale, migliora la reattività e anche l'umore» puntualizza Vallat «ma in questo studio abbiamo riscontrato una relazione significativa fra lo stato emotivo dei

partecipanti e il loro livello di "vigilanza" al mattino».

Quanto alla colazione, quando era stata più abbondante in zuccheri le persone coinvolte nella ricerca hanno riferito di aver fatto poi più fatica a combattere la sonnolenza mattutina. Al contrario consumare una buona quantità di carboidrati complessi e un modesto contenuto proteico si è associato non solo a uno stato di «allerta» maggiore al mattino ma anche alla capacità di rimanere attivi e riposati più a lungo.



La differenza

I carboidrati (o glucidi) sono composti carbonio e acqua. La distinzione tra semplici e complessi si basa sulla struttura chimica, sul numero di «mattoncini» che li compongono

● Semplici

Quelli semplici, o «zuccheri» si trovano naturalmente in alcuni alimenti, come latte, latticini, frutta, e, aggiunti, in molti prodotti raffinati (che andrebbero quindi limitati) tra i quali: biscotti, succhi di frutta, tortine, cracker, brioche, cereali, barrette, pane in cassetta.

● Complessi

Quelli complessi, chiamati anche polisaccaridi, sono presenti naturalmente in cereali e loro derivati. La fibra, fondamentale per il buon funzionamento del nostro organismo, è tra questi e si trova in: pane integrale, cereali integrali, nella buccia della frutta, frutta secca, semi oleosi.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Corsa della Salute Comandare la Sanità è comandare la Lombardia. Tutti i nomi per la poltrona

Chissà se è così vero che chi governa la Lombardia governa l'Italia, ma è lapalissiano che chi gestisce la Sanità, comanderà ancora una volta la Lombardia. E infatti nella batteria degli 800 candidati in corsa alle regionali, sono numerosi quelli determinati a conquistarsi le preferenze in bacini elettorali svagati, scettici, diffidenti o orgogliosamente astensionisti con un unico comune denominatore: la riforma della Sanità. Nella Regione che ha avuto 45 mila morti Covid e un piano socio-sanitario molto criticato per via dell'eccessiva ospedalizzazione, della gestione politica delle aziende sanitarie che hanno inglobato troppi servizi e risorse, il rapporto squilibrato fra pubblico e privato, le sterminate liste di attesa, la poca attenzione alla medicina d'urgenza e territoriale, sono tantissimi i competitor che puntano al tema sanitario per farsi rieleggere. Tutti con una ricetta in tasca per il benessere sanitario dei lombardi. Nella lista Fontana, c'è **Luca Degani**, presidente autosospeso di Uneba Lombardia, l'Unione nazionale istituzioni e iniziative di assistenza Sociale della Lombardia: un'associazione di categoria che rappresenta diverse Rsa e ha criticato la decisione della Regione di fare ospitare pazienti Covid nelle residenze sanitarie per anziani ("E' stato come accendere un cerino in un pagliaio") e afferma di voler "un sistema sociosanitario territoriale con una particolare attenzione al mondo della fragilità e della cronicità". Sfidato dall'aguerito medico **Michele Uselli**, che definisce le regionali elezioni sanitarie, a un confronto sul rapporto fra Rsa, Covid e Regione Lombardia. Il consi-

gliere regionale uscente di +Europa è candidato nella civica di Pierfrancesco Majorino. Non candidato, almeno formalmente, l'assessore uscente al Welfare **Guido Bertolaso** che giura di non puntare a nessun ruolo nella prossima giunta dove - nel caso di vittoria della coalizione destra-centro guidata dal presidente uscente Attilio Fontana, l'assessorato alla Sanità sarà probabilmente destinato a Fratelli d'Italia - ma sta consumando le suole e ha aiutato, pare, Letizia Moratti a preparare il programma sulla Sanità. Non è da escludere che possa proporsi come jolly tecnico nel probabile duello fra Fratelli d'Italia e Forza Italia che rilancia il dimissionato assessore al Welfare **Giulio Gallera** che con il motto #daidaidai riprende da dove è stato fermato dopo la fase più tragica del lockdown: dalla Sanità.

Fra i candidati, moltissimi i medici. A cominciare dal virologo **Fabrizio Pregliasco** nella lista Patto civico per Majorino presidente che ha detto di aspirare a fare l'assessore di Majorino. Competitor di **Fiorenzo Corti**, storico sindacalista dei medici di base, candidato con Fontana, che deve avere sviluppato una sorta di sindrome di Stoccolma, considerata la sofferenza medici di base durante la fase più acuta della pandemia. Letizia Moratti, ex assessora al Welfare, preme l'acceleratore della Sanità e fa leva sui crediti ottenuti grazie alla campagna vaccinale. E schiera il chirurgo **Vincenzo Freni**, il veterinario **Luigi Galimberti**, la massofisioterapista **Giuseppina Insalaco** e tre farmacisti. Ma tutti i candidati hanno un loro sogno sanitario. Anche il manager **Carmelo Avveduto**,

lista Moratti, proverà ad attirare l'attenzione sulla scarsissima prevenzione dell'anoressia e i disturbi alimentari degli adolescenti. La Lega schiera anche tre medici di famiglia, un veterinario e una dottoressa, **Silvia Gioventù**. Presente anche la minoranza delle infermiere con **Caterina Lo Presti**, coordinatrice infermieristica a Sesto San Giovanni (Lega) che se la dovrà vedere con la consigliera uscente **Carmela Rozza** per il Pd, ex infermiera, sebbene più conosciuta sul tema della casa e delle periferie, ma molto presente sul tema della sanità durante il suo mandato (si è battuta per difendere dalla tirannia ospedalocentrica i bistrattati servizi territoriali, come le Uompia: le unità operative di neuropsichiatria dedicate ai bambini e adolescenti). Il Pd punta su numerosi medici e nella civica di Majorino ci sono, fra gli altri, la direttrice della Fondazione italiana diabete **Francesca Ulivi** e il già presidente dell'Ordine degli psicologi **Mauro Grimoldi**. Noi Moderati fa leva su **Nicolas Gallizzi**, vicepresidente regionale del sindacato dei medici, e **Michelangelo Poccobelli**, ex dirigente sanitario nel carcere di Opera. Senza dimenticare i candidati presidenti che si sfidano ogni giorno sulla riforma della sanità che potrebbe, chissà, risvegliare gli astensionisti.

Cristina Giudici



La sicurezza I turni dalle 8 alle 20, dal lunedì al sabato. Il prefetto Frattasi: «Risposta immediata alla richiesta del Viminale»

Ospedali, tornano i posti di polizia

Lo ha deciso il ministero dell'Interno: presidi fissi di agenti in sedici strutture ma non di notte

Sono tornati i posti di polizia all'interno degli ospedali di Roma e provincia. Il questore Carmine Belfiore ha distaccato due agenti per turno (8-14, 14-20) in diciotto strutture, 16 delle quali nell'area urbana, più quelle di Anzio e Civitavecchia, dopo i recenti episodi di violenza contro medici e infermieri. Per ora la vigilanza notturna non è pre-

vista ma in certi casi il servizio potrà essere prolungato fino alle 23. «Abbiamo dato una risposta immediata - spiega il prefetto Bruno Frattasi - allo studio ora l'aumento di vigilanza in altri ospedali fuori Roma». a pagina 2 **Frignani**

Tornano i posti di polizia in 16 ospedali romani Gli agenti dalle 8 alle 20

Lo ha disposto la Questura su input di Viminale e Prefettura. Previsti possibili allungamenti d'orario fino alle 23. Due gli uomini impegnati per ogni turno

Due turni di servizio per coprire dodici ore. Dalle otto alle 14 e poi dalle 14 fino alle 20. Nessun agente sarà per ora disponibile di notte negli ospedali romani - anche se in alcuni casi potrà essere disposto un prolungamento fino alle 23 -, dove sono già stati ripristinati i posti di polizia, secondo il piano annunciato nei giorni scorsi dai ministri dell'Interno e della Salute, Matteo Piantedosi e Orazio Schillaci, che hanno ordinato un rinforzo immediato delle forze dell'ordine nei presidi sanitari italiani in seguito all'escalation di aggressioni nei pronto soccorso e nei reparti a medici e infermieri.

La disposizione di assegnare due poliziotti per turno in 18 ospedali di Roma e provincia, sedici dei quali nell'area urbana

e due fuori (i Riuniti di Anzio e il San Paolo di Civitavecchia), è già operativa e il questore Carmine Belfiore ha assegnato il personale alle sedi ospedaliere dove, in molti casi, i locali erano già presenti e disponibili, con tanto di insegne della polizia e del 113. In pratica, andavano solo riaperte, e questo è accaduto. I servizi di vigilanza, ai quali collaboreranno le guardie giurate (tranne che all'Aurelia Hospital), saranno attivi dal lunedì al sabato. In alcuni casi anche di domenica, e i poliziotti saranno distaccati dai commissariati di competenza territoriale: prenderanno denunce da pazienti e parenti, interverranno quando sarà necessario, eventualmente chiedendo rinforzi. Gli ospedali interessati sono i policlinici Umberto I, Gemelli, Tor Vergata

e Casilino, e poi San Camillo, Sant'Eugenio, Santo Spirito, San Filippo Neri, San Giovanni, Sant'Andrea, San Carlo di Nancy, San Pietro (via Cassia), Fatebenefratelli sull'Isola Tiberina, Campus Bio-Medico, Sandro Pertini, G.B. Grassi di Ostia.

«Ringrazio il questore per aver allestito questo dispositivo atteso da tempo, c'era fibrillazione per i recenti episodi di



violenza negli ospedali, non solo a Roma ma a livello nazionale», spiega il prefetto Bruno Frattasi, per il quale «si è tenuto fede a un impegno preso dal ministro Piantedosi, la risposta è stata immediata». «I poliziotti hanno già preso contatto con le direzioni sanitarie e il piano è già scattato», assicura il prefetto. La possibilità di un prolungamento notturno di altre tre ore degli agenti in servizio è stato inserito in un programma di lavoro straordinario, «ma anche dopo questo orario, come anche dopo le 20 - sottolinea il responsabile di Palazzo Valentini -

polizia e carabinieri assicureranno frequenti passaggi, anche con pattugliamento all'interno delle aree ospedaliere e con soste. Una forma di controllo integrato che comunque era già attivo». All'appello mancano ancora strutture molto importanti con bacini di utenza vasti, anch'essi teatro di aggressioni al personale medico: Nuovo ospedale dei Castelli (Noc), Frascati, Tivoli, Bracciano, Subiaco, Sant'Anna di Pomezia, solo per citarne alcuni. «Penseremo anche a questi - annuncia Frattasi -, l'operazione non finisce qui. Valuteremo se dal personale a di-

sposizione dopo l'arrivo dei rinforzi per la Capitale potremo ampliare il raggio degli ospedali dove riaprire i posti di polizia».

Rinaldo Frignani

La vicenda



● Svolta nella vigilanza degli ospedali di Roma e provincia: la Questura, su input del prefetto Bruno Frattasi (nella foto) ha disposto la riapertura dei posti di polizia in 16 strutture in città, più quelle di Anzio e Civitavecchia

● Due agenti saranno in servizio con turni 8-14 e 14-20. Ipotesi fino alle 23

