



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

08 FEBBRAIO 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

GIORNALE DI SICILIA

In 10 giorni a ospedale Niguarda di Milano eseguiti 14 trapianti

08 Febbraio 2023



(ANSA) - MILANO, 08 FEB - In 10 giorni all'ospedale Niguarda di Milano sono stati eseguiti recentemente 14 trapianti, 9 di fegato e 5 di rene. Due casi, fa sapere la struttura, sono stati resi possibili grazie a 'donatori a cuore fermo' di cui uno in circolazione extracorporea) con procedure complesse che non possono essere eseguite in tutti i centri. "Un risultato così importante - commenta Luciano De Carlis, direttore del Transplant Center - è stato raggiunto grazie al lavoro integrato di équipe specialistiche, tecnologie di ultima generazione e laboratori accreditati secondo standard internazionali". In particolare "l'innovazione tecnologica, apportata grazie alle macchine da perfusione, consente di migliorare la salute dell'organo, rigenerandone le riserve energetiche, e di prolungarne il tempo di ischemia di modo da ottimizzare così anche le tempistiche del trapianto. Si tratta di una tecnologia applicata per la prima volta in Italia proprio presso il nostro ospedale nel 2015 e oggi ampiamente utilizzata e diffusa". "Un trapianto, prima di tutto, ha bisogno di qualcuno che abbia scelto di donare i propri organi - sottolinea Marco Bosio, direttore generale del Niguarda - e il mio grazie e il mio pensiero quindi vanno prima di tutto ai donatori e alle loro famiglie.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Grazie poi a tutti i chirurghi, anestesisti, internisti, tecnici di laboratorio, infermieri, operatori del trasporto, personale impegnato nel coordinamento e nel prelievo degli organi, oltre 100 persone, per aver contribuito alla crescita di uno dei progressi più straordinari della terapia e della solidarietà umana".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

**Centro Regionale Trapianti
Sicilia**

quotidianosanità.it

Servizi trasfusionali e unità di raccolta del sangue. Ecco le nuove coordinate per le visite di verifica dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici

di E.M.

Arriva in Conferenza Stato Regioni l'accordo che aggiorna le modalità di organizzazione ed effettuazione delle visite per l'accertamento della conformità di servizi trasfusionali e unità di raccolta. Dovrà essere recepito dalle Regioni entro sei mesi dalla sua approvazione ed attuato entro 12 mesi.



08 FEB - Arrivano le nuove coordinate per le visite di verifica dei **requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti**

È pronto per ricevere il via libera in Conferenza Stato Regioni il documento che aggiorna e rivede l'accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 e le successive integrazioni. Ma cosa stabilisce in sintesi? Alle Regioni e alle Province spetta il compito di organizzare ed effettuare - nell'ambito del sistema nazionale di verifica controllo e certificazione di conformità delle attività dei prodotti dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta, di cui sono parte integrante insieme al Centro nazionale sangue (CNS) e alla Commissione tecnica nazionale (CNT) - le visite di verifica per l'accertamento della conformità, come previsto dall'accordo Stato Regioni del marzo 2021. Le visite di verifica dei servizi trasfusionali e delle unità di raccolta devono essere effettuate con cadenza biennale, inoltre Regioni devono rendere disponibili al CNS,



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

con periodicità almeno annuale, le informazioni relative allo stato di avanzamento del sistema regionale di autorizzazione e accreditamento del sistema trasfusionale. L'accordo dovrà essere recepito entro sei mesi dalla sua definizione ed essere attuato entro 12 mesi dal suo recepimento, tenuto conto dell'organizzazione territoriale. Il tutto senza nuovi e maggiori oneri a carico della finanza pubblica. **Il documento entra poi nel merito delle visite di verifica controllo e certificazione dei servizi trasfusionali unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti.** Le istanze di autorizzazione accreditamento dei servizi trasfusionali sono presentate agli organi competenti delle Regioni mediante domanda ad hoc. Le visite di verifica possono essere effettuate sia in situ, presso la sede centrale oppure nelle articolazioni organizzative delle strutture, sia in modalità da remoto seguendo le raccomandazioni definite dalle linee guida del Centro nazionale sangue. La modalità di effettuazione delle visite di verifica è definita in base ad una preliminare e documentata valutazione di appropriatezza e fattibilità eseguita dagli organismi competenti delle Regioni in base a: livello di complessità del servizio trasfusionale - ad esempio dimensioni, numero delle sedi, tipologia e volume delle attività -, data di effettuazione delle verifiche precedenti, esito e documentazione prodotta in relazione agli adeguamenti previsti. L'introduzione di modifiche sostanziali delle attività è subordinata a una preventiva autorizzazione da parte delle regioni. In ogni caso il rilascio dell'autorizzazione accreditamento di un nuovo servizio trasfusionale o di nuove articolazioni organizzative è sempre subordinato all'effettuazione di una visita di verifica in situ nelle sedi fisse o mobili, quindi auto emoteche. Le Regioni per lo svolgimento delle attività di verifica possono avvalersi del supporto tecnico del CNS e di valutatori o esperti messi a disposizione dallo stesso. I report di verifica si concludono con un'attestazione di conformità dei servizi ai requisiti minimi previsti dall'accordo del 25 marzo 2021 e alle disposizioni della normativa. La valutazione degli esiti delle visite di verifica per il rilascio o il rinnovo della certificazione di conformità viene effettuata dagli organismi competenti delle Regioni ed è preliminare al rilascio del provvedimento di autorizzazione e accreditamento. Anche per quanto riguarda le unità di raccolta del sangue e degli emocomponenti, compete sempre alle Regioni organizzare ed effettuare le visite di verifica. Le istanze di autorizzazione e accreditamento delle unità di raccolta sono presentate agli organismi competenti mediante apposita domanda. Anche per le unità di raccolta del sangue, le visite possono essere effettuate in situ oppure in modalità da remoto facendo sempre riferimento alle raccomandazioni definite dalle linee guida del CNS. In sostanza valgono le stesse regole e modalità attuate per i servizi trasfusionali.



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Stabilizzazione dei precari Covid, la Fedir: «Amministrativi e informatici a rischio esclusione»

Il sindacalista Salvatore Mingrino sottolinea che il MEF avrebbe chiesto una riscrittura dell'emendamento che li coinvolgeva,

8 Febbraio 2023 - di [Redazione](#)



La **Fedir** - sindacato della Dirigenza delle funzioni locali- lancia un grido d'allarme «sul tentativo di stoppare la stabilizzazione dei precari della Sanità ed di tanti altri Enti». **Salvatore Mingrino** (*nella foto*), Segretario Regionale aggiunto della Fedir, ha seguito attentamente i lavori parlamentari sulla **stabilizzazione** dei precari, inserita nella legge di conversione del decreto **Milleproroghe**, da dentro Palazzo Madama, attraverso i resoconti stenografici delle sedute di commissione, e da fuori il Palazzo, attraverso i tam tam informativi dei parlamentari nazionali eletti in Sicilia. Nelle settimane successive all'incardinazione al **Senato** della discussione della legge di conversione, il tema della stabilizzazione dei precari ha riscosso un'attenzione dei **parlamentari** notevole, supportati anche dalla



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

spinta delle organizzazioni sindacali ammesse anche alle audizioni, tant'è che numerosi sono stati gli **emendamenti** presentati, riguardanti sia la proroga dei termini della Legge "**Madia**", sia la previsione di un "allargamento" a tutto il personale dirigenziale e non dirigenziale della sanità delle previsioni della *Legge n. 234 del 30/12/2021*, cioè la stabilizzazione con 18 mesi di attività lavorativa, previa selezione. «Nella fattispecie, un emendamento il "**4.34**" era stato ideato tra le migliori sintesi dei convergenti interessi di migliaia di lavoratori precari, assunti a vario titolo e con diverse qualifiche, durante gli anni dell'emergenza Covid- sottolinea Mingrino- Tutti collaboratori della "Prima Linea al Fronte" i nostri medici e infermieri, ma assieme a loro, tutti impegnati a mandare avanti il nostro Paese, ognuno con la propria professionalità: dall'amministrativo all'avvocato, dall'ingegnere all'informatico, dallo psicologo all'ausiliario e all'OSS. Tutti! E invece oggi il tam tam cosa ci dice: il MEF ha chiesto una riscrittura dell'emendamento e, sembrerebbe, l'esclusione degli **amministrativi**, degli **ingegneri** degli **avvocati**, degli **informatici**. Perché? Perché non c'è copertura finanziaria?». **Mingrino aggiunge:** «Gli esperti chiariscono che la **copertura finanziaria** per il personale a tempo determinato su posto vacante è già assodata per gli enti utilizzatori, sono pagati da mesi, alcuni stanno anche per maturare i 36 mesi di lavoro e il loro costo è già previsto nei vari bilanci annuali. Quindi per chi resta il problema? Solo per il personale reclutato attraverso i "**click day**"? Ma forse neanche per tutti: a seguito delle selezioni, si potrebbero coprire i posti vacanti, per i quali, se le previsioni sono corrette, la copertura finanziaria deve esserci. Allora ritorna il vecchio detto: "*divide et impera*". Forse la politica o i burocrati che vogliono condizionare la politica pensa a questo: "*A causa degli uni, escludiamo tutti, mettiamo guerra tra loro e imperiamo!*"» «Noi non ci stiamo- afferma Mingrino- Sui precari della Sanità si è fondato un esercito per combattere una guerra contro un **virus** che sembrava impari. Hanno lottato tutti e tutti devono avere **pari dignità**. La dignità che si pretende abbiano tutti coloro i quali hanno i destini degli altri nelle mani. Tutti siamo pronti, educatamente, nelle giuste misure, ma con un **grido assordante**, se sarà necessario, nei luoghi di lavoro, nelle piazze, nei palazzi, se la pari dignità verrà calpestata».



Un intervento di trapianto. L'anno scorso in Italia le donazioni sono aumentate del 3,7 per cento rispetto al 2021. A sinistra, un contenitore per organi espiantati.

LA NUOVA FRONTIERA DEI TRAPIANTI

Il 2022 in Italia è stato un anno record per le donazioni di organo. E oggi siamo ai primi posti in Europa per qualità (e complessità) di interventi: da Bergamo a Catania, ecco che cosa avviene in sala operatoria.

di Maddalena Bonaccorso

È sempre, alla fine, una storia di «destini incrociati». La morte, la vita: da un lato la sofferenza di chi perde i propri cari e riesce comunque a dare un senso all'angoscia, dall'altra la gioia di chi riceve un regalo che vuol dire anni e anni di possibilità davanti a sé. La trapiantologia, eccellenza italiana: lungi dall'essere solo tecnica, so-

lo medicina, è un insieme di etica, dolore, speranza, altruismo.

Il 2022, per i trapianti, è stato nel nostro Paese un anno record: le donazioni di organi solidi sono state 1.830 (1.461 da donatori deceduti e 361 da viventi), mai così tante. Questi numeri, che fanno segnare un + 3,7 per cento rispetto al 2021 e il superamento dei dati pre-Covid,



ci pongono all'avanguardia in Europa, dietro la Spagna e insieme alla Francia. Restano però grandi differenze regionali, con ottime performance al Nord e numeri bassi al Sud, dove cresce l'opposizione alla donazione: i No pronunciati dai familiari alla richiesta di donare gli organi dei propri cari in stato di morte cerebrale.

Dietro questi numeri ci sono équipe che lavorano giorno e notte, con risultati che ci pongono all'avanguardia: è a Bologna che è stato fatto il primo trapianto al mondo di vertebre, a Torino si è dato inizio in Europa ai «combinati» di quattro organi (polmoni, fegato e pancreas), a Padova è stato trapiantato per la prima volta nella storia un fegato su un paziente con metastasi epatiche inoperabili; così come è interamente italiana la tecnica dello «split liver», grazie alla quale un unico fegato viene diviso in due per impiantare la parte più grande a un adulto, la più piccola a un bambino.

Sono solo esempi, dietro ai quali si celano eccellenze, anche dove meno te le aspetti: proprio dal sud dell'Italia, che vede scendere i numeri dei donatori, arriva la storia forse più bella degli ultimi anni di trapiantologia. Al Policlinico G. Rodolico di Catania, struttura che fa parte della rete trapianti assieme al più conosciuto Ismett di Palermo, è accaduto solo pochi mesi fa quello che potrebbe suonare come un miracolo e invece è un risultato della perseveranza e della tecnica: «Il nostro è l'unico centro in Italia e uno degli unici cinque o sei al mondo autorizzato ai trapianti di utero» afferma Pierfrancesco Veroux, direttore del Centro Trapianti dell'ospedale etneo. «Finora ne abbiamo eseguiti tre, e lo scorso settembre la prima donna trapiantata (*l'intervento era stato eseguito nell'agosto 2020*, ndr) ha dato alla luce una bambina, Alessandra. L'idea che l'utero di una donna deceduta sia stato in grado di dare la vita una volta trapiantato nel corpo di un'altra signora, è qualcosa di indescrivibile, che travalica i confini della scienza e tocca le corde più profonde della nostra emotività».

Non si spiegherebbe al-

trimenti la commozione che ancora adesso traspare dallo sguardo del professore per questo intervento, frutto della collaborazione con un altro ospedale della città, il Cannizzaro, e con il direttore dell'Unità di Ostetricia e Ginecologia, Paolo Scollo: il trapianto è stato complicatissimo, ha richiesto tre anni di trafila burocratica per le autorizzazioni e un'operazione durata - tra prelievo e trapianto - quasi 24 ore con la presenza di 25 tra chirurghi, anestesisti e addetti alla sala.

«L'utero è un organo molto vascolarizzato» spiega Veroux «e tecnicamente è assai complesso trapiantarli». Inoltre è un intervento anomalo rispetto a tutti gli altri, perché non serve a salvare una vita bensì a mettere le donne in condizione di poterla dare. Ha implicazioni etiche fortissime: si va a operare una persona sana, che si espone a rischi molto alti nella speranza di poter avere un figlio. Ma siamo ormai al terzo trapianto perfettamente riuscito, con già una gravidanza portata a termine felicemente. Abbiamo altre sette pazienti già in lista d'attesa, con richieste che arrivano da tutta Italia».

Peccato che proprio l'Isola sia fanalino di coda in termini di donazioni: «La Sicilia sta facendo un grande lavoro di sensibilizzazione» dice Giovanna Amato, psicologa del Centro Regionale Trapianti siciliano. «Bisogna però tener conto del fatto che noi psicologi, insieme a tutta l'équipe, interveniamo, parlando con i parenti del potenziale donatore, in una situazione drammatica: nelle sale rianimazione, dove la gente è disperata perché sta perdendo i propri cari. In poco tempo devono prendere una decisione difficilissima, mentre entrano in gioco sentimenti di dolore, rabbia, conflittualità, colpa, non accettazione».

E c'è anche, purtroppo, la sfiducia nella scienza: cresciuta in maniera esponenziale dopo il Covid, in una regione



come la Sicilia che - non è un caso - è tra le meno vaccinate d'Italia.

All'estremità opposta della penisola, all'ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, il 2023 è iniziato con un altro record: l'equipe guidata da Michele Colledan, direttore del Dipartimento di Insufficienza d'organo e trapianti, ha eseguito pochi giorni addietro il primo trapianto in Italia di polmone da donatore vivente, su un bambino di cinque anni. Il lobo polmonare gli è stato donato dal padre.

«Tecnicamente, saremmo stati pronti a compiere questo tipo di intervento, come immagino altri centri, già da diversi anni» spiega Colledan «ma il trapianto di polmone da donatore vivente non viene attuato in Europa e in Italia. Si tratta infatti di una procedura molto complessa, che coinvolge in genere due donatori, perfettamente sani, che corrono il rischio di un intervento chirurgico maggiore per

un ricevente le cui probabilità di successo a lungo termine sono decisamente inferiori che con il trapianto di altri organi. Questo perché nel polmone il rigetto cronico è particolarmente frequente e poco controllabile: il rapporto rischio/beneficio è quindi meno favorevole».

Stavolta, invece, al Papa Giovanni XXIII avevano la situazione «perfetta»

per l'intervento: un bambino che aveva già ricevuto dal padre il midollo per una patologia ematologica e quindi, avendo lo stesso sistema immunitario del genitore, non rigetterà l'organo. Lo sforzo organizzativo e operatorio è stato immane: due chirurghi hanno lavorato sul donatore, tre sul ricevente, più i cardiocirurghi che hanno gestito l'Ecmo (*la tecnica di ossigenazione extracorporea a membrana, ndr*), anestesisti, infermieri di sala, strumentisti, tecnici per la perfusione, per ore e ore di lavoro e ansia.

«E questo solo dentro la sala» continua Colledan «ma in caso di trapianti così complessi, fuori c'è tutto l'ospedale che lavora per il risultato; dal laboratorio di analisi alla banca del sangue, fino alle terapie intensive».

Il trapianto è stato effettuato il 17 gennaio: il padre è uscito dall'ospedale dopo nemmeno una settimana di degenza, il piccolo è ancora in terapia sub intensiva ma è già staccato dall'Ecmo e dal respiratore: «È ancora presto per dire come evolverà la situazione» conclude il primario «ma finora tutto è andato per il verso giusto».

Come per la piccola Alessandra, nata a Catania, che oggi ha cinque mesi, e domenica scorsa è stata battezzata. Al suo fianco, impegnandosi a sostenerla per tutta la vita, c'erano i professori Scollo e Veroux: perché in fondo un trapianto non è solo medicina. ■

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Nuovi respiri
Michele Colledan dell'Ospedale Papa Giovanni XIII di Bergamo: il primo, in Italia, ad aver eseguito un trapianto di polmone da vivente.

Squadra che vince
Da sinistra: Pierfrancesco Veroux Centro Trapianti del Policlinico di Catania e Paolo Scollo, dell'Ospedale Cannizzaro di Catania.

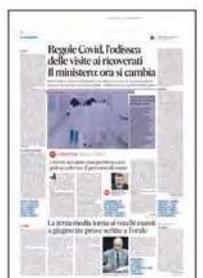


La trattativa Il contratto della categoria era scaduto nel 2018

Aumenti ai medici Stipendi rivalutati del 4 per cento

Le retribuzioni dei dirigenti, professionisti e medici, dell'area delle funzioni centrali della PA aumenteranno a regime complessivamente del 4%, rispetto alla retribuzione del 2018. La trattativa per il rinnovo del contratto scaduto da 5 anni è in corso, ma sembra partire con il piede giusto sia da parte

dell'Aran sia da parte dei sindacati. Il governo peraltro punta a una semplificazione delle procedure, scommettendo sulla formazione e guardando con attenzione al sistema della valutazione e della performance.



Contratti pubblici

Per il triennio 2018-2021
proposto
un aumento del 4%
per dirigenti e medici

I sindacati chiedono
modifiche sul fronte normativo
Nel prossimo incontro
del 28 febbraio l'Aran
 presenterà una bozza
da sottoporre a trattativa

PAGINA

3

Ilaria Storti

Dirigenti e medici della Pa, proposta di aumento del 4% per il triennio 2018-2021

CONTRATTI PUBBLICI

I sindacati chiedono
modifiche migliorative
sul fronte normativo

Un aumento delle retribuzioni del 4%, a far data dal 2021, per tutti i dirigenti dell'area delle funzioni centrali della Pubblica Amministrazione. È questa la cifra emersa nel corso dell'avvio della trattativa tra sindacati e Aran sul rinnovo del contratto dei dirigenti e professionisti, e professionisti medici, delle funzioni centrali; contratto scaduto nel 2018. Il governo punta a un intervento di semplificazione delle procedure delle relazioni industriali e di gestione del personale, scommettendo sulla formazione e guardando con attenzione al sistema della valutazione e della performance. Le risorse disponibili per il rinnovo contrattuale sono pari a 37,5 milioni di euro al lordo degli oneri riflessi, calcolate su una massa salariale pari a 990 milioni di euro (al 31 dicembre 2018).

Nel corso dell'incontro, i sindacati hanno chiesto di migliorare la disciplina degli istituti normativi, delle relazioni sindacali e degli istituti a carattere economico

del contratto.

In particolare, Fp-cgil, Cisl-Fp e Uilpa hanno chiesto, tra le altre cose, di: ampliare le ipotesi di confronto agli atti di micro-organizzazione; disincentivare il ritardo nella definizione degli obiettivi assunti dagli enti e dalle amministrazioni e prevedere momenti di valutazione e confronto intermedi; attribuire, nel caso di svolgimento di incarichi ad interim, un valore più elevato della retribuzione di risultato; prevedere anche per i dirigenti la possibilità di effettuare la prestazione lavorativa nella modalità di lavoro a distanza; disincentivare i ritardi delle amministrazioni in materia di erogazione dei premi di risultato; ampliare la possibilità della contrattazione integrativa di destinare gli incentivi per la mobilità territoriale. Per i professionisti, i sindacati han-



Conquiste del Lavoro

Giornale del Lavoro - 1980

no chiesto di superare il contingente bloccato per il personale inquadrato nei due livelli differenziati di professionalità e stabilire che gli enti, nel caso di affidamento di incarichi, funzioni e attività, che prevedano responsabilità non comprese nei compiti o doveri richiamati dal contratto, debbano erogare un compenso aggiuntivo a totale carico dell'Ente stesso.

Tra le richieste avanzate, c'è anche l'incentivazione di sistemi di valutazione per la performance, che tengano conto, nell'assegnazione degli obiettivi, della particolare complessità dell'attività svol-

ta e delle risorse umane e strumentali assegnate alle strutture professionali, nonché delle connesse responsabilità.

Il tavolo di confronto è stato aggiornato al 28 febbraio, quando Aran presenterà una prima bozza da sottoporre al negoziato.

I. S.



Ospedali

La sanità paga la lunga stasi tra 2008 e 2019

Nella sanità i conti tornano. A non tornare però è il livello dei servizi e la possibilità di tenere il passo con un aumento dei bisogni socioassistenziali prodotti dall'invecchiamento della popolazione.

Anche tra le corsie degli ospedali le cifre sono efficaci nel misurare l'entità dei problemi strutturali del settore. In rapporto alla popolazione, ha spiegato la Corte dei conti nell'ultimo Rapporto sul tema inviato al Parlamento il 19 gennaio scorso, «la spesa pubblica pro capite italiana è stata pari a 2.851 dollari, inferiore di oltre il 50% a quella della Germania (5.905 dollari), del 38,4% a quella della Francia (4.632 dollari), e del 31,4% a quella della Regno Unito (4.158 dollari).

Con numeri del genere, fare miracoli è difficile. È facile invece spiegare l'allarme crescente lanciato da medici, infermieri e, sempre più spesso, dagli utenti. Anche in questo caso, è utile non confondere la cronaca con la storia. Perché la prima parla di un aumento importante, alimentato ovviamente anche dalla pandemia, dai 114,4 miliardi del 2018 ai 131,7 previsti per quest'anno. Ma la seconda indica che questa corsa recupera solo parzialmente la lunga stasi registrata fra 2008

e 2019, quando «l'Italia ha ridotto la spesa sanitaria in termini di Pil di due decimi di punto (dal 6,6% al 6,4%), mentre Francia, Germania e Regno Unito l'hanno aumentata di circa due punti percentuali, portandola ad un valore all'incirca pari o superiore al 10% (Rapporto Corte dei conti, pagina 57). Stasi che ha riguardato anche i contratti, tanto che sta partendo ora il negoziato sul rinnovo del 2019/2021 con aumenti sul tavolo del 4%. Non potendo ridurre la spesa per gli interessi, non sapendo frenare quella previdenziale e non riuscendo ad alleggerire le spese di funzionamento, insomma, i tanti e variegati governi del periodo hanno finito per concentrare sulla sanità, come sul personale pubblico, gli sforzi necessari a tenere in piedi i conti pubblici. Ma le conseguenze ora si fanno sentire.

—G.Tr.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Ospedali, si cambia via i divieti Covid per visitare i malati

► Il ministero lavora a una revisione delle norme
Le Asl: sì agli ingressi, ma senza più affollamenti

ROMA Dopo l'emergenza pandemica gli ospedali permettono poche visite e in tempi brevi. Può entrare un solo congiunto, per non più di 10 minuti al giorno, a volte neanche tutti i giorni. Ma il ministero della Salute è intenzionato a cambiare: il ministro Orazio Schillaci lavora a una revisione delle misure più restrittive. Revisione che avverrà in modo graduale - precisano al ministero - e che terrà conto

delle situazioni più critiche, i cosiddetti pazienti fragili, immunodepressi, anziani. Ma una modifica delle regole di sicuro ci sarà.

Melina e Piovani
alle pag. 12

Regole Covid, l'odissea delle visite ai ricoverati Il ministero: ora si cambia

► Orari ridotti e numeri contingentati: la via crucis dei parenti per entrare negli ospedali
► Pesa la carenza di personale sanitario
Schillaci lavora a una revisione delle norme

IL CASO

ROMA Da giorni Bruna Bartolini resta sotto le finestre dell'ospedale di Civitavecchia, l'Aurelia Hospital: protesta perché non può entrare a visitare il padre ottantunenne, ricoverato nel reparto di ortopedia. «Papà vive nella solitudine, possiamo vederlo solo il martedì e il venerdì», dice. Ma quello che succede alla signora Bartolini non è certo un'eccezione: come suo padre, migliaia e mi-

gliaia di pazienti negli ospedali di tutta Italia devono rispettare ancora rigidissime regole di prevenzione del Covid, che aprono le porte delle corsie alle visite solo con tempi strettissimi.

Eppure è assodato che la presenza dei parenti sia un aiuto forte, a volte decisivo, per la cura di un malato. Ma dopo l'emergenza pandemica gli ospedali permettono poche visite e in tempi brevi. Può entrare un solo congiunto, per non più di 10 minuti al giorno, a volte neanche tutti i giorni ma solo - come nel caso di Bruna a Civitavecchia - in alcuni giorni programmati della settimana. Sono

vincoli che, secondo molti anche nel mondo della medicina, non hanno più ragione d'essere alla luce dei dati, con la pandemia in regressione e il numero di malati e di morti che continua a scendere.



E infatti il ministero della Salute è intenzionato a cambiare: il ministro Orazio Schillaci lavora a una revisione delle misure più restrittive. Revisione che avverrà in modo graduale - precisano al ministero - e che terrà conto delle situazioni più critiche, i cosiddetti pazienti fragili, immunodepressi, anziani. Ma una modifica delle regole di sicuro ci sarà, dettata dal miglioramento della situazione epidemica.

CHI ANTICIPA LA DECISIONE

In qualche Regione in realtà si è deciso di anticipare le mosse del ministero. In Emilia-Romagna, per esempio, l'accesso per i visitatori torna libero, ovviamente nel rispetto delle modalità organizzative e degli orari di visita. Resta obbligatorio comunque l'uso della mascherina Ffp2. In Lombardia l'accesso sarà sempre garantito agli accompagnatori di pazienti minorenni, agli accompagnatori delle donne in gravidanza anche nella fase di travaglio, parto e post-partum. Ma anche a chi assiste i grandi anziani over 80, allettati, pazienti disabili e limitati da barriere linguistiche. In Toscana si torna alle regole pre-pandemia nei reparti di ostetricia e pediatria e in sala parto nei sei Punti nascita dell'Azienda USL Toscana centro.

«Sappiamo bene che il conforto dei familiari è fondamentale per i

pazienti - ammette Carlo Palermo, presidente nazionale di Anaa As-

somed, l'associazione dei medici e dirigenti sanitari italiani - Ma alcune misure restrittive in genere sono legate alla sicurezza dei pazienti, alla circolazione del virus che, anche se in diminuzione, ancora persiste. Certo, in alcuni casi la carenza di personale infermieristico è un elemento che può avere un certo peso nella scelta che alcuni ospedali hanno fatto. Bisognerebbe però evitare l'isolamento dei malati se non c'è necessità clinica, e limitarlo a ragioni organizzative per le condizioni epidemiologiche. Non dimentichiamo che abbiamo ancora mortalità importanti per il Covid».

DIFFERENZE

Va detto che all'interno di una stessa Regione si applicano criteri diversi, in ogni struttura sanitaria, in ogni reparto si adotta un sistema diverso. «Questa faccenda delle visite - sottolinea Carlo Signorelli, ordinario di Igiene dell'Università Vita-Salute San Raffaele di Milano - è rimasta una decisione dei singoli ospedali, spesso molto diversi tra loro per quanto riguarda sia la logistica che l'organizzazione. È importante, in ogni caso, puntare all'umanizzazione del ricovero, tenendo conto però della sicurezza del paziente e di quella degli operatori sanitari». Su un punto sembrano tutti d'accordo: se è pur vero che non si può tornare all'isolamento completo, è impensabile pure sperare di ripristinare le vecchie regole pre-Covid.

FRENANO LE AZIENDE SANITARIE: «SÌ AGLI INGRESSI, MA NON POSSIAMO TORNARE AI REPARTI AFFOLLATI DI PRE-PANDEMIA»

«La presenza dei familiari fa parte del percorso di cura e aiuta i pazienti - ribadisce Giovanni Migliore, presidente della Fiaso (la Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere) - Ma è evidente che dopo il periodo vissuto noi non possiamo tornare a quelle scene in cui c'erano reparti affollati da parenti. Ora è necessaria una mediazione». E non si possono invocare norme di accesso ai reparti uguali per tutti. «La responsabilità sul singolo ospedale è a carico del direttore medico di presidio e di quello della unità operativa - precisa Migliore - Quindi, a seconda delle condizioni logistiche verranno prese le decisioni più opportune. Ci saranno pertanto ospedali moderni con spazi comuni che hanno possibilità di gestire i flussi e quindi permetteranno visite più numerose, e altri invece che non hanno le stesse caratteristiche e non potranno farlo. Non dimentichiamo che il patrimonio edilizio ospedaliero proviene da interventi non recenti. Molti edifici risalgono addirittura ad anni successivi alla seconda guerra mondiale».

**Graziella Melina
Pietro Piovani**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**IN MOLTE REGIONI
GIÀ SI È ADOTTATO
L'ALLENAMENTO
DELLE MISURE:
PORTE APERTE
IN MOLTI REPARTI**





L'intervista Michele Ribolsi

«Avere accanto una persona cara può accelerare il percorso di cura»

«**A**vere la possibilità di vedere un parente durante il ricovero sicuramente è utile nel percorso di cura – precisa Michele Ribolsi, responsabile del servizio di psichiatria del Campus Bio-Medico di Roma – È importante quindi che gli ospedali si organizzino al più presto».

Perché la presenza di una persona cara accanto può aiutare?

«Soprattutto per i pazienti anziani che sono sottoposti a lunghe ospedalizzazioni, la mancanza di una figura affettiva accanto predispone al rischio anche di disorientamento, ad episodi confusionali o al peggioramento delle funzioni cognitive. Non è solo una questione di conforto che si riceve. In alcuni casi, infatti, la visita di un parente ha valore protettivo rispetto alla possibilità che si verifichino episodi di delirium, cioè sub-confusionali o di disorientamento spazio temporale. Dipende sempre dalle condizioni di partenza e dal tipo di ricovero, ma se sono costretti a un isolamento

prolungato, o se sono stati sottoposti a chirurgie importanti, sappiamo che un certo rischio di episodi confusionali c'è. La presenza del familiare può permettere anche di risparmiare farmaci a volte usati a scopo contenitivo sul piano comportamentale».

Capita solo agli anziani?

«No. Può capitare per esempio anche alle neo mamme oppure a chiunque viva una condizione di particolare emotività o di grande stanchezza fisica. Ci è capitato di vedere pazienti ricoverati per tanto tempo che magari escono dal reparto dopo due mesi con un antipsicotico mai preso prima in vita loro, perché a un certo punto si agitavano, non ce la facevano più a stare lì dentro. Se sono anziani, invece, e c'è anche una fragilità cognitiva sottostante, si disorientano, non capiscono cosa sta succedendo, sviluppano situazioni di stress e di disagio, di disadattamento. A volte può capitare anche a pazienti giovani, per i quali dobbiamo intervenire anche farmacologicamente. La presenza di un familiare ove possibile può

essere di aiuto».

Quindi non basta una videochiamata?

«È sicuramente uno strumento di contatto. Però, laddove è possibile non è sostituibile dal fatto che ci sia il contatto anche della pelle, della stretta di mano, la presenza del corpo, visto che hanno un effetto terapeutico rispetto agli alti stadi di angoscia e ad una sensazione di disagio che si vive all'interno di certi contesti».

Gr. Mel.

IL RESPONSABILE DEL SERVIZIO PSICHIATRIA DEL CAMPUS BIOMEDICO: PER NEO-MAMME E ANZIANI, LA PRESENZA AFFETTIVA È ESSENZIALE



Michele Ribolsi, psichiatra Campus Bio-Medico



Paure e rinvii Perché così poche persone hanno fatto il testamento biologico? Una piccola inchiesta

Roma. Quando una mia amica mi ha detto che aveva prenotato la chiesa per sposarsi due anni più tardi ho pensato "ma chissà se tra due anni hai ancora voglia di sposarti". Quando mi chiedono se posso andare da qualche parte il prossimo mese mi domando "e che ne so?", dipende da come mi sveglio". A parte la mia cronica incapacità di pensarci al futuro (ce l'ho sempre avuta) e la mia oscillazione umorale, c'è una questione seria che riguarda la nostra identità personale. Come facciamo a dire che noi siamo gli stessi di ieri e saremo gli stessi domani? Come facciamo a sapere che cosa desidereremo domani o la prossima estate? Più tempo ci mettiamo tra oggi e domani, più la faccenda si complica.

Ogni promessa e ogni contratto e ogni appuntamento potrebbero farci interrogare e dubitare. E' naturale che impegnarci per un caffè la prossima settimana ci preoccupi meno di decidere se tra dieci anni o in un futuro indeterminato vogliamo essere collegati a un respiratore, vogliamo essere nutriti e alimentati artificialmente oppure vogliamo essere lasciati morire. E' per questo che così poche persone hanno compilato le proprie disposizioni anticipate di trattamento (Dat)? Possiamo farlo ormai da cinque anni ma a compilare il modello per decidere oggi cosa vogliono e cosa non vogliono sono stati solo una piccola percentuale di chi potrebbe farlo (in assenza di dati ufficiali e aggiornati, l'Associazione Luca Coscioni per la libertà di ricerca scientifica ha chiesto ai Comuni). Due premesse: quando abbiamo una possibilità non dobbiamo usarla e non usarla non implica il fallimento di quella libertà. Sicuramente non c'è stato un interesse istituzionale a informare - come non c'è mai stato sulla contraccezione, sulle malattie sessualmente trasmissibili, sulla donazione degli organi e su tante

altre cose. Ma perché non abbiamo compilato il testamento biologico?

Senza alcuna ambizione di aver selezionato un campione statisticamente rilevante, ho fatto questa domanda sul mio Twitter e sul mio Facebook e per qualche giorno a tutti quelli che mi capitavano (questi ultimi sono stati felicissimi delle mie domande insistenti). Oltre alla difficoltà di immaginare le nostre volontà future e la poca voglia di pensare alle malattie e alla morte, che immaginavo, ecco alcune ragioni per non fare il testamento biologico (o per non averlo ancora fatto). Chissà quali sono rimediabili, e chissà se cambierebbero con maggiori informazioni.

Forse alcuni di quelli che hanno risposto di non sapere che in Italia si potesse fare avranno scaricato il modello o saranno già andati in Comune a depositarlo. O forse si sposteranno nella categoria di chi ha giustificato il non averlo fatto con la pigrizia, con l'aver troppo da fare per mettersi un altro pensiero, con la procrastinazione - in qualche caso il rimandare si mischia e si sovrappone alla scaramanzia e al non voler pensare alla propria morte, alle malattie o agli incidenti. L'altro grande insieme è di chi non vuole avere a che fare con le difficoltà burocratiche, teme di perdere tempo e di trovarsi a discutere con persone che non ne sanno molto o che ti consegnano un (altro) modulo da compilare per avere delle informazioni. Un altro modo di dire che è il timore della palude burocratica a fermarli è il non poter usare un modo immediato e facile (Spid, online o comunque non una caccia al tesoro di luoghi, orari e chiacchierate con la pubblica amministrazione evanescente e incompetente). C'è chi ha una fiducia assoluta nel proprio medico (che è la moglie, così non vale però) e chi non si fida che le proprie volontà saranno rispettate - un po' per la clausola del comma 5 dell'articolo 4 (il medico è tenuto a

rispettare le nostre volontà ma può non farlo se "appaiono palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale" oppure se ci sono terapie "non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita"), un po' come sfiducia esistenziale verso il prossimo, un po' per la limitatezza di quello che la legge 219 permette di decidere (il riferimento è alla eutanasia vera e propria e non solo alla possibilità di rifiutare qualsiasi trattamento). Poi ci sono la volontà di non decidere in senso forte, l'indecisione e la difficoltà di scegliere quale trattamento accettare e quale rifiutare. Infine, ci sono la difficoltà di indicare il fiduciario e la preoccupazione di dargli una responsabilità difficile e dolorosa. Quest'ultima motivazione è interessante e forse merita tempo e attenzione. Non è solo difficile fidarsi della corretta interpretazione e del compimento dei nostri desideri, ma c'è anche la delicatezza di non investire una persona troppo vicina, che si troverebbe a dover prendere una decisione impossibile, a far rispettare una nostra volontà che lei per prima non vorrebbe rispettare. Insomma, non è detto che se ci fosse una informazione soddisfacente, tutti noi avremmo fatto le Dat. Ma l'informazione è una condizione necessaria per l'esercizio delle nostre libertà. Anche di non usarle.

Chiara Lalli



Fine vita

Cappato: portiamo 2 persone in Svizzera

«**C**i siamo impegnati ad aiutare altre due persone ad andare in Svizzera, una delle quali è una donna di Bologna che accompagneremo nei prossimi giorni»: lo annuncia Marco Cappato, dell'associazione Luca Coscioni, parlando di due pazienti in condizioni irreversibili che intendono affermare il loro diritto a decidere sul fine vita. L'associazione Coscioni aggiunge di aver ricevuto, nell'ultimo anno rispetto al precedente, il doppio delle richieste di assistenza per eutanasia. «Abbiamo accolto altre

10 persone pronte a intraprendere azioni di disobbedienza civile», come appunto i viaggi in Svizzera, ha aggiunto Cappato.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fdi: utero in affitto reato universale

Ripresentato da Fratelli d'Italia il ddl per rendere illegale la pratica anche all'estero
La proposta, bocciata lo scorso aprile da Pd e M5s, colpirebbe un business miliardario

di **GIULIANO GUZZO**

■ Utero in affitto illegale non solo in Italia, ma pure all'estero. È lo scopo del disegno di legge che Fratelli d'Italia ieri ha ripresentato al Senato, avente ad oggetto la «Modifica all'articolo 12 della legge 19 febbraio 2004, n.40, in materia di perseguibilità del reato di surrogazione di maternità commesso all'estero da cittadino italiano». A differenza di altre iniziative legislative sui temi etici di cui si è parlato nelle scorse settimane, questo ddl è destinato ad incassare il pieno appoggio della maggioranza e dello stesso governo. Lo lascia immaginare il profilo dei suoi primi firmatari, che sono rispettivamente la sottosegretaria alla Difesa, **Isabella Rauti**, e il capogruppo a Palazzo Madama, **Lucio Malan**, ambedue esponenti di Fratelli d'Italia.

Va detto che non si tratta di una novità. Già lo scorso anno, infatti, **Matteo Salvini** aveva raccolto le firme per un ddl simile e la scorsa legislatura, ad aprile, in commissione Giustizia alla Camera, era stato adottato un testo base proposto da **Giorgia Meloni** per perseguire appunto l'utero pure all'estero (Fi e Lega avevano votato con Fratelli d'Ita-

lia, il M5s e il Pd contro). In Italia infatti la pratica è già vietata. Lo stabilisce la Legge 40 del 2004, che all'articolo 12 - lo stesso che si vorrebbe ampliare - già oggi, al comma sei, afferma che «chiunque, in qualsiasi forma, realizza, organizza o pubblicizza la commercializzazione di gameti o di embrioni o la surrogazione di maternità è punito con la reclusione da tre mesi a due anni e con la multa da 600.000 a un milione di euro». Una disposizione netta, ma che non ha frenato il turismo procreativo verso i Paesi che invece l'utero in affitto lo consentono.

Di qui il ddl di **Rauti e Malan** che tocca una materia sulla quale il governo ha anche deciso di chiedere un parere al Comitato di bioetica. Pare che verosimilmente sarà di condanna della maternità surrogata. Questo, almeno, vien da pensare rileggendo quanto - appena nominato presidente di tale Comitato, lo scorso dicembre - aveva dichiarato alla *Verità* il professor **Angelo Vescovi**: «Esiste un mercato là fuori. E ci si dimentica una cosa: che la donna che funge da madre surrogata lo fa spesso in condizioni di disperazione e necessità. Al di là di rari casi, questo è diventato un commercio come lo fu la fecondazione in vitro all'inizio, fuori controllo».

Ed è proprio per questo - per arginare una situazione internazionale «fuori con-

trollo» -, che è stato ripresentato il ddl di **Rauti e Malan**, il cui testo afferma che «le pene si applicano anche se il fatto è commesso all'estero». Diversamente non si potrebbe davvero arginare, si legge ancora, «la diffusione del cosiddetto turismo procreativo, quel fenomeno per cui coppie italiane che non possono avere figli si avvalgono della tecnica della surrogazione di maternità in un Paese estero in cui la stessa è consentita».

«Le pratiche della surrogazione di maternità», sempre secondo Fratelli d'Italia, «costituiscono un esempio esecrabile di commercializzazione del corpo femminile e degli stessi bambini che nascono attraverso tali pratiche, che sono trattati alla stregua di merci». **Rauti e Malan** si propongono pertanto di fermare, col loro ddl, quel che definiscono «mercimonio di madri e bambini». Difficile, in effetti, chiamare altrimenti una pratica che già oggi muove nel mondo un giro d'affari di alcuni miliardi che entro il 2032, secondo la Global Market Insight - una società di consulenza e indagini di mercato americana - potrebbero diventare 129, più della metà del patrimonio dell'uomo più ricco del mondo, **Elon Musk**.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Fondi Ue per la qualità della vita così al Sud la “silver economy” migliora l’assistenza agli anziani

IL CASO

Si chiama “Silver economy” ed è il complesso delle attività economiche degli over 65 che in Italia rappresentano ormai più del 25% della popolazione, circa 14 milioni di persone che nel 2030 dovrebbero diventare 16 milioni. Bastano forse questi dati per capire perché anche le aziende ad alta innovazione tecnologica (e non solo start up) si occupano sempre di più di come interagire con questa fascia di età. A partire dalla possibilità di garantire condizioni di sicurezza e assistenza biomedica al passo con i tempi e, soprattutto, con l’evoluzione digitale. La storia di Tesca (l’acronimo sta per Tecnologie e Soluzioni per la Continuità Assistenziale), un progetto del gruppo Protom di Napoli finanziato dai fondi europei della Politica di coesione (Por Campania-FESR 2014-2020) è una delle più stimolanti. Non l’unica, certo, per questa tipologia di sperimentazione ma sicuramente utile a dimostrare come l’utilizzo dei finanziamenti Ue (circa un milione nello specifico) può incidere molto sulla qualità della vita dei singoli cittadini, riducendo distanze e limiti infrastrutturali che spesso accompagnano la narrazione (e la sfiducia) verso il Mezzogiorno.

L’ASSISTENZA 4.0

Tesca aiuta gli anziani ad essere connessi, con un sistema fatto di braccialetti elettronici, sensori e dispositivi robotici, con coloro che se ne devono prendere cura, siano essi parenti, ingegneri, medici o Residenze assistenziali. La novità rispetto ad altre più o meno analoghe progettualità in questo campo è l’integrazione tra i diversi soggetti. Non basta cioè che suoni un allarme perché, ad esempio, si è ribaltato all’improvviso il letto di un anziano ospite in una struttura as-

sistenziale o di un centri riabilitativo (eventualità molto più comune di quanto si possa immaginare, assicurano gli addetti ai lavori): occorre che subito entri in funzione il personale di emergenza e i dispositivi in grado di evitare conseguenze e disagi al paziente. Ma lo stesso vale anche per situazioni meno delicate: quanti anziani dimenticano ad esempio di prendere la pillola per la pressione o un farmaco prescritto per una determinata patologia? Tesca viene loro incontro permettendo al medico curante di ricordare all’assistito che deve provvedere. Anche in questo caso, ovviamente, l’integrazione tra i due soggetti fa la differenza.

Ma soluzioni tecnologiche di questo genere non riguardano soltanto l’ambito sanitario. I fondi della coesione, applicati al progetto Tesca, permettono infatti anche con le necessarie integrazioni domotiche, di semplificare alcune azioni e di effettuare controlli di sicurezza degli impianti di casa (gas per uso domestico, ossido di carbonio da stufe e caminetti, regolazione temperatura climatizzazione). Inoltre, possono individuare movimenti o comportamenti “inusuali” ed attivare procedure di verifica (attraverso la telepresenza) di situazioni sospette di pericolo. Ma nei dispositivi robotici sono stati integrati «elementi di esercizi di memoria e cognitivi, oltre che fisici, secondo le indicazioni del terapeuta offrendo riscontro oggettivo della pratica e dei risultati progressivi».

La soluzione hardware-software del progetto punta in sostanza a raccogliere più informazioni possibili per raggiungere lo scopo di base: stabilire con l’utilizzo della tecnologia se il percorso curativo o riabilitativo funziona, e senza creare compli-

cazioni al paziente. Sulla base dei risultati ottenuti sarà possibile rimodulare efficacemente la terapia e valutarne gli eventuali miglioramenti. Ma saranno altresì valutati i requisiti di qualità dei diversi servizi biomedicali, espressi in termini di banda, latenza, percentuale di perdita delle informazioni e sicurezza. I risultati ottenuti verranno ampiamente usati nelle successive attività di progettazione di architetture di comunicazione innovative in grado di garantire comunicazioni sicure, a supporto di soluzioni riabilitative fruibili a domicilio.

ALTRI PROGETTI

L’Europa è particolarmente sensibile a questo tipo di sperimentazioni. Non a caso Tesca e gli altri progetti dello stesso settore rispondono alla sfida del “Rapido sviluppo demografico”, caratterizzata dallo spostamento della popolazione verso la terza età, «attraverso l’offerta di strumenti terapeutici sempre meno invasivi e la gestione del paziente orientata alla prevenzione». E nello stesso tempo all’obiettivo dell’efficienza della spesa sanitaria «attraverso il crescente utilizzo dell’innovazione tecnologica a supporto delle attività, della ricerca medica e delle pratiche cliniche (telemedicina), dell’assistenza ai cittadini-utenti (teleassistenza) e a supporto di tutti i processi manageriali». Che tutto questo si possa realizzare anche al Sud non è più una novità: è della stessa Protom il robot “compagno di classe” che interagisce con gli studenti di cinque istituti di tutta Italia.

n.sant.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN UN CORSO EUROPEO (COINVOLTI RICCIARDI E LOPALCO) LE STRATEGIE APPLICATE PER IL COVID

L'offensiva sui vaccini? Preparata per tre anni

di **FRANCESCO BORGONOVO**
e **MADDALENA LOY**

■ Spesso ci siamo sentiti ripetere che il Covid ci ha colto alla sprovvista e che alcuni dei madornali errori di gestione della pandemia sono da attribuirsi proprio all'imprevedibilità dell'evento. In realtà, però, svolgendo qualche indagine appena più accurata si scopre che le cose non stanno esattamente in questo modo. Sui modelli di gestione delle pandemie gli esperti italiani hanno fre-

quentato, negli anni, fior di corsi, e dall'esame di alcuni di questi emergono dettagli particolarmente interessanti, che in larga parte spiegano quanto accaduto negli ultimi tre anni. Un caso particolarmente interessante è quello del progetto Tell Me, sostenuto finanziariamente dalla Commissione europea e svoltosi dal 2013 al 2016. Si tratta - come si apprende dal sito ufficiale ancora attivo -

di «un progetto collaborativo di 36 mesi che mira (...) segue a pagina 9

Un corso Ue insegnò come usare il terrore in caso di pandemia

Punire i no vax, nascondere gli effetti avversi, distanziamento: tutto era già anticipato nel 2013. Il ruolo di Ricciardi e Lopalco

Segue dalla prima pagina

di **FRANCESCO BORGONOVO**
e **MADDALENA LOY**

(...) a fornire prove e sviluppare modelli per una migliore comunicazione del rischio durante le crisi di malattie infettive».

In pratica, parliamo di un imponente corso di formazione per spiegare ai professionisti della salute come rivolgersi alla popolazione durante una pandemia, basandosi sulle lezioni apprese nel 2009 quando si diffuse la

H1n1. Dato interessante: nel board di Tell Me sedeva un personaggio che conosciamo bene, cioè **Pier Luigi Lopalco**, virostar convertita alla politica da **Michele Emiliano** e poi candidato non eletto del Pd in Puglia. Altro particolare: tra i partner del progetto europeo, assieme a vari altri organismi internazionali, c'era il Centro Nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) facente capo all'Istituto superiore di sanità. Un centro che fu chiu-

so dopo che, nel 2015, **Walter Ricciardi** divenne commissario dell'Iss. Come noto, la chiusura suscitò parecchie polemiche e per impedirla al-



VERITÀ

cune centinaia di medici e docenti firmarono un appello che però rimase lettera morta. A quanto pare, tuttavia, le lezioni apprese nei tre anni di svolgimento di Tell Me sono comunque arrivate ai medici italiani, i quali hanno messo in pratica molti dei comportamenti suggeriti dai documenti prodotti nel corso del progetto. Anzi, a ben vedere i nostri esperti hanno agito in alcune circostanze con uno zelo molto maggiore di quello richiesto.

Esaminando a fondo le parole d'ordine e le indicazioni fornite da Tell Me ai gestori della cosa pubblica e ai medici troviamo tutti i presupposti di quanto sarebbe accaduto dopo: dall'insistenza sui vaccini come unica soluzione fino al controllo dell'informazione e dei social.

Qualche piccolo esempio tratto dai vari documenti prodotti dal gruppo di lavoro dopo tre anni di intenso confronto. Quali sono le migliori strategie per indurre la popolazione a vaccinarsi? Il report elaborato da Tell Me prende in considerazione l'eliminazione delle esenzioni religiose, riportando tuttavia il parere contrario di **Paul Offit** (oggi consulente esperto della commissione vaccini di Fda, quella che alla fine ha raccomandato la vaccinazione anche per i bambini): «Proposta fantasiosa, i Tribunali statunitensi non hanno soppresso neanche le esenzioni religiose ai medicinali salvavita, figuriamoci queste». Ma, secondo Tell Me, la «lunga storia di vaccinazioni obbligatorie in America, dall'antivaiolosa al vaccino contro l'antrace, avalla il ricorso all'obbligo». Poco importa che, per stessa ammissione di Tell Me, abbia dato vita, negli Usa, ai movimenti no vax: «Gli obblighi comportano una sanzione, di solito la negazione di un privilegio sociale (sic!, ndr) come frequentare la scuola o lavorare in un

ospedale», si legge nel report, «ma portano a una migliore diffusione del vaccino, conferendo benefici significativi alla popolazione». Come esempio di best practice c'è la Slovenia: «Ha uno dei programmi di vaccinazione più aggressivi al mondo, che impone la vaccinazione sotto minaccia di pesanti sanzioni economiche, consentendo solo esenzioni mediche riviste dal comitato, ma vanta un tasso di conformità superiore al 95% per i vaccini obbligatori». Insomma, già tra il 2013 e il 2016 il programma europeo sosteneva che puntare la pistola alla tempia delle persone aumentasse il tasso di vaccinazione, in pratica è la strategia che sarebbe poi stata applicata Italia: curioso.

Egli eventi avversi? Nei documenti di Tell Me si parte dal presupposto che siano «rari» e «lievi», per definizione. Altre ipotesi non sembrano essere contemplate. E dunque, «la letalità e la mortalità derivanti da malattie prevenibili con il vaccino rimarranno (sempre per definizione, ndr) superiori a quelle causate dai vaccini, fino a quando non sarà raggiunta la virtuale eradicazione dell'agente infettivo». Con buona pace dei tanti virus non eradicabili, quelli che non hanno come solo ospite l'uomo ma anche gli animali: il Covid, per esempio. Nelle righe successive, spunta la spinta ideologica a vaccinare anche chi

non ne ha bisogno: «Sebbene per una fascia di popolazione il rischio di malattia è trascurabile, facendo apparire i rischi della vaccinazione inaccettabili per quell'individuo, questo piccolo rischio individuale diventa però accettabile in un contesto sociale più ampio, perché riduce significativamente il rischio per la popolazione più vulnerabile». Esporre i giovani a un «piccolo rischio» per proteggere qualcun altro: non suona familiare? Ci sarà un motivo

per cui «i bambini che hanno medici in casa sono meno inclini ad adempiere a tutte le vaccinazioni obbligatorie», mentre - rileva uno dei report - «i figli delle madri single in precarie condizioni economiche le fanno fare tutte». Del resto, che viziati questi occidentali: nei Paesi ad alto reddito, la popolazione generale è così ben abituata alle campagne di vaccinazione da sviluppare una sfrontata «mancanza di familiarità con le malattie prevenibili dai vaccini, con conseguente bassa tolleranza per qualsiasi effetto avverso».

I documenti, ovviamente, parlano anche dei no vax, presentati come bravissimi nel riportare soltanto storie aneddotiche di eventi avversi, «tecnica molto efficace, che non deve però essere generalizzata o direttamente correlata». Si dovrebbe, perciò, «prendere in considerazione la possibilità di fornire scenari personali di coloro che non sono stati vaccinati e hanno subito effetti avversi». Ricordate quando le terapie intensive sotto Covid erano più piene di giornalisti con telecamere che di medici? *À la guerre comme à la guerre*, insomma.

Per altro, le informazioni sugli effetti avversi sarebbe meglio non diffonderle, come spiega l'ineffabile **Pier Luigi Lopalco** (all'epoca membro dell'Ecdc a capo del programma vaccini) in un video ancora presente sul sito di Tell Me. Nel filmato il medico parla degli eventi avversi da vaccinazione Fluad: «La prima regola per una comunicazione efficace», dice, «è che bisogna



VERITÀ

basarsi sull'evidenza che questi eventi avversi non erano correlati alla vaccinazione». Nessun accenno, neanche una parola, sulla necessità di implementare la farmacovigilanza attiva.

Passiamo ora a un altro tema. Come fare digerire al popolo l'uso delle mascherine? Pur chiarendo che «non ne è dimostrata l'efficacia in comunità» - un'evidenza confermata anche oggi, a distanza di otto anni - il report di Tell Me suggerisce di ricorrere alla paura: gli studi dimo-

strano che «la gravità percepita influenza in positivo i comportamenti raccomandati». Esempio: «Coloro che ritenevano che l'influenza aviaria potesse essere più grave della Sars sono stati più inclini all'uso della mascherina e ad altri comportamenti precauzionali, come il distanziamento sociale». Toh.

Potremmo portare numerosi altri esempi ma ci fermiamo qui. Quanto abbiamo raccontato basta a suggerire fin troppe riflessioni. E a farci

pensare che molte delle azioni anche violente compiute dalle istituzioni durante la pandemia fossero frutto di un ben organizzato allenamento.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



IN POLITICA Il virologo Pier Luigi Lopalco, 58 anni [Imagoeconomica]



Cancro al seno Ok negli Usa a un farmaco di Menarini

IL TRATTAMENTO

La Food and Drug Administration degli Stati Uniti ha approvato la molecola elacestrant (Orserdu™) per il trattamento di un sottotipo di cancro al seno avanzato o metastatico. Il farmaco sarà disponibile negli Stati Uniti tramite Menarini Stemline, azienda biofarmaceutica acquisita dal Gruppo Menarini nel 2020, che ha reso nota la notizia.

Si tratta di un degradatore selettivo del recettore degli estrogeni per il trattamento di donne in post-me-

nopausa e di uomini adulti con carcinoma mammario avanzato o metastatico, «positivo per il recettore degli estrogeni (ER+) e negativo per il recettore HER2-, che abbiano sviluppato mutazioni di ESR1 - è l'indicazione - dopo almeno una di linea di trattamento con terapia endocrina».

ULTIMO STEP

È il primo a somministrazione orale ad aver completato con successo l'ultimo step dello sviluppo clinico e ad essere approvato da un'autorità regolatoria. «L'approvazione di da parte dell'FDA rappresenta la prima terapia in assoluto per i pazienti con carcinoma

mammario ER+/HER2- avanzato o metastatico con mutazioni ESR1 e siamo molto orgogliosi di poter offrire una terapia target che possa soddisfare questo grande bisogno terapeutico irrisolto - commenta Elcin Barker Ergun, Amministratore Delegato del Gruppo Menarini - Siamo grati ai pazienti e ai ricercatori che hanno partecipato agli studi clinici che hanno portato a questa straordinaria innovazione».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LA TERAPIA ORALE
VIENE PRESCRITTA
IN CASI PARTICOLARI,
QUANDO LA PATOLOGIA
È IN STATO AVANZATO
O METASTATICO**



Una mammografia



Il debutto in Italia

La pillola per dormire che «spegne il cervello»

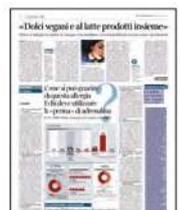
Abbiamo un'arma in più per combattere l'insonnia. Si chiama daridorexant ed è una molecola che agisce sul sistema dell'orexina, neurotrasmettitore in grado di regolare il ritmo sonno-veglia, l'appetito e anche l'umore. Il farmaco, approvato dalla Fda (Food and drug administration) negli Stati Uniti un anno fa e dall'Agenzia europea per i medicinali ad aprile, è ora disponibile anche in Italia. Il meccanismo d'azione non è nuovo: altri farmaci cosiddetti «orexinerfici» sono stati messi a punto in passato, ma daridorexant è il primo a ricevere il via libera in Europa. Negli studi, randomizzati e

controllati con placebo, la sua efficacia è risultata elevata nel ridurre il tempo necessario per l'addormentamento e i risvegli notturni, i due più grandi problemi per chi soffre di insonnia. «Rispetto ai farmaci precedenti della stessa classe, daridorexant ha un grosso vantaggio, ovvero un'emivita di 7-8 ore — afferma Luigi Ferini-Strambi, direttore del Centro di medicina del sonno all'Irccs Ospedale San Raffaele di Milano —. Questo significa che l'effetto si esaurisce nell'arco della notte, senza il rischio di sonnolenza alla mattina o nel corso della giornata. Inoltre daridorexant, utilizzabile

in soggetti dai 18 anni in su, ha un effetto particolarmente marcato negli anziani, come risulta dagli studi. In generale, può essere di grande aiuto per le persone che di notte non riescono a «spegnere il cervello». Il medicinale ha dato risultati positivi rispetto all'interazione con altri farmaci e in soggetti con varie patologie, come l'insufficienza epatica. Inoltre, a differenza di altri farmaci per l'insonnia, è indicato anche per chi soffre di apnee notturne.

L. Cu.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Domande

& risposte

Come si può guarire da questa allergia E chi deve utilizzare la «penna» di adrenalina

Il 30% delle forme sono gravi e restano da adulti

di **Elena Meli**

1 Che cos'è l'allergia al latte vaccino?

Le allergie alimentari sono reazioni anomale a un elemento del cibo che il sistema immunitario riconosce come «pericoloso» anche se non lo sarebbe; al primo contatto avviene la sensibilizzazione, ovvero si formano anticorpi (immunoglobuline di tipo E) che poi innescano una risposta allergica rapida e violenta in caso di contatti successivi, anche con minime tracce di quel cibo. Nel caso dell'allergia al latte vaccino si reagisce a proteine come la caseina, le lattoglobuline o la lattoalbumina; il problema si manifesta nei primi anni di vita e in circa il 70% dei casi scompare verso i cinque-sette anni.

2 Che differenza c'è con l'intolleranza al lattosio?

L'intolleranza dipende da un deficit parziale o totale dell'enzima lattasi che serve a digerire il lattosio; questo non è assorbito e nell'intestino diventa «cibo» per batteri che lo fermentano, producendo gas e quindi disturbi come gonfiore, dolore, stitichezza o diarrea, da mezz'ora a due ore dopo il consumo. A differenza dell'allergia, nell'intolleranza

non c'è coinvolgimento del sistema immunitario e non si verificano reazioni pericolose per la vita. Esistono integratori di lattasi in pillole da poter prendere fra cinque e 30 minuti prima di un pasto in cui non si può evitare di introdurre latticini: possono ridurre i sintomi ma non servono per consentire sgarri ripetuti e soprattutto non vanno usati da chi è allergico al latte.

3 Come si riconosce l'allergia al latte?

La risposta è immediata e oltre a disturbi gastrointestinali (dolore, nausea, vomito) si possono avere sintomi respiratori (fra cui rinite, tosse, difficoltà di respiro) e cutanei (orticaria, rossore, irritazione e gonfiore), fino a reazioni gravissime come l'anafilassi. Per la diagnosi bisogna valutare la storia clinica e sottoporsi a una serie di test (cutanei e sierologici per le IgE specifiche, assieme a diete di esclusione e provocazione) da eseguire sotto controllo medico. Nessuno dei test diversi da quelli allergologici validati può dare risposte attendibili.

4 Quali sono le precauzioni da prendere?

Latte e latticini devono essere eliminati dalla dieta; le restrizioni dipendono dalla proteina del latte che non si tollera, alcune possono degradarsi ad alte temperature consentendo a pazienti sele-

zionati di tollerare prodotti da forno. È necessario leggere sempre gli ingredienti in etichette e menu e saper gestire l'emergenza in caso di consumo accidentale, avendo sempre con sé l'autoiniettore con adrenalina.

5 Quali rischi si corrono?

Nei casi gravi si può arrivare allo choc anafilattico: inizia di solito con prurito, tosse secca e stizzosa, gonfiore di lingua e labbra o respiro affannoso/sibilante; poi può calare la pressione con vertigini e confusione, fino alla perdita di coscienza e al coma. La gravità dell'allergia al latte e quindi il pericolo di anafilassi non è facile da misurare, anche tenendo conto della storia clinica, perché dipende da tanti fattori.

6 Chi dovrebbe avere con sé la «penna» di adrenalina?

Tutti i pazienti con allergia grave: è un salvavita che blocca la progressione della reazione anafilattica; lo strumento va prescritto dall'allergologo, che deve spiegare come si usa (anche nei momenti di panico). Ogni paziente a rischio dovrebbe averne due e



saperle usare ai sintomi iniziali; in Italia c'è ampia differenza tra le Regioni nella fornitura dei due autoiniettori.

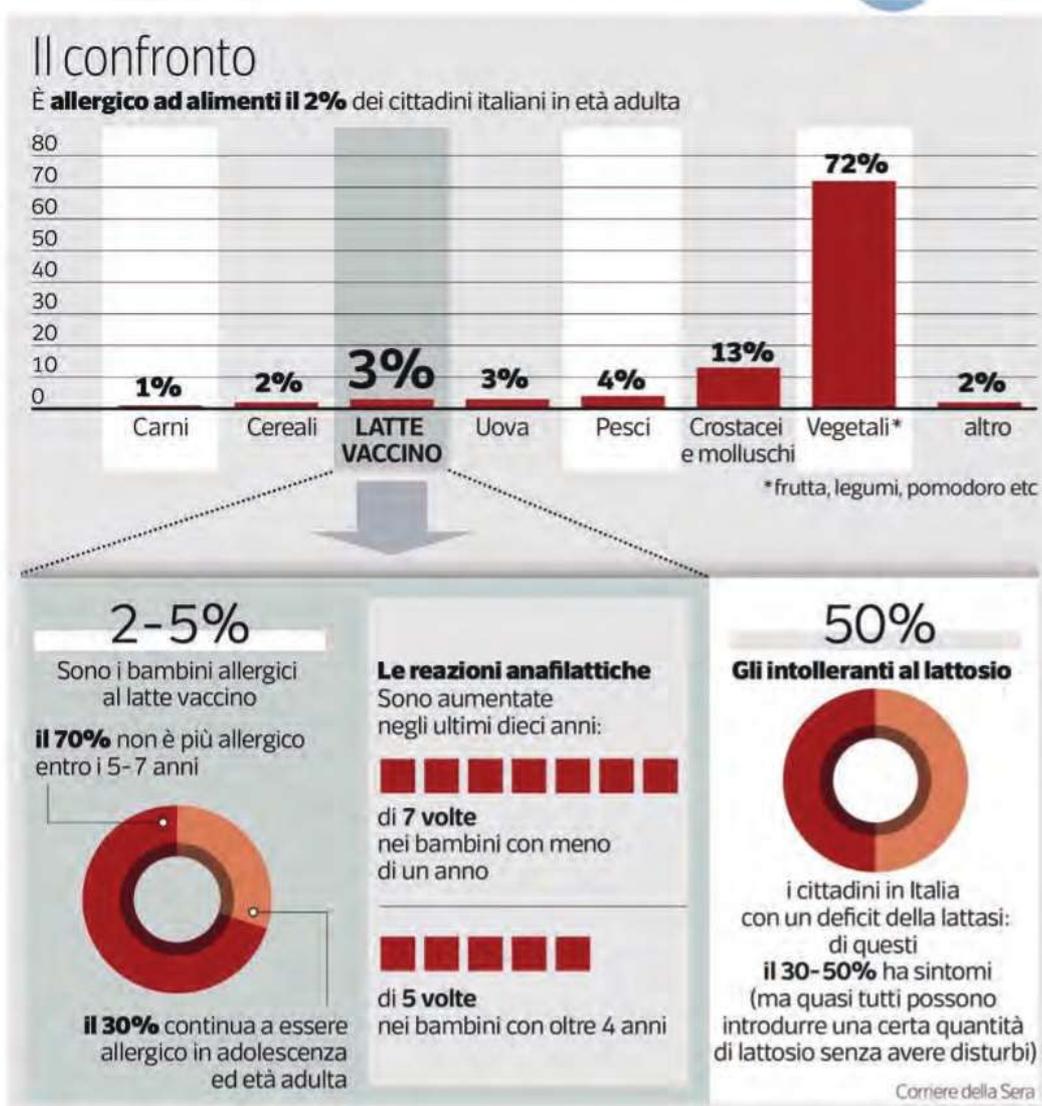
7 Si può guarire dalle allergie alimentari?

Circa il 30% dei casi di allergia al latte è grave e persiste in adolescenza e da adulti. In pazienti selezionati è possibile l'immunoterapia, con la desensibilizzazione che «insegna» al sistema immunitario a tollerare il latte: alcuni possono arrivare alla tolleranza, altri accrescere la dose che riescono a ingerire senza reazioni, in caso di consumo ac-

cidentale. La cura prevede di incrementare la dose di allergene a cui si è esposti tramite protocolli precisi, della durata di anni, da eseguire in ospedale: il fai da te è molto pericoloso. Sono in corso studi per valutare farmaci biologici (anticorpi monoclonali).

Ha risposto alle domande Antonella Muraro, direttore del Centro di Specializzazione Regione Veneto per lo Studio e la Cura delle Allergie e Intolleranze alimentari, Azienda Ospedale-Università di Padova

© RIPRODUZIONE RISERVATA





Se la notte è bianca il giorno si fa nero

IL FENOMENO

L'insonnia non è solo una questione di occhiaie e di giornate "no", ma un problema che ha importanti conseguenze sulla salute cardio-metabolica. Una condizione che certo non giova alla normale vita quotidiana, dallo studio, al lavoro, al divertimento.

Una stima per difetto indica in 6 milioni gli italiani alle prese con le notti insonni. Il numero è in crescita e la pandemia sembra avere una buona dose di responsabilità. Il confinamento obbligato ha creato nuovi modelli psicopatologici con disturbi d'ansia, dell'umore, disturbi post traumatici da stress, dipendenza da alcol, esplosi in maniera esponenziale nell'arco di pochi mesi.

LA RASSEGNAZIONE

La maggior parte di quelli che passano le nottate ad occhi aperti assume un atteggiamento rassegnato di fronte convinta che non ci sia molto da fare o limitandosi a sperimentare rimedi fai da te che non producono grandi risul-

tati e contribuiscono a cronicizzare questa che è una vera patologia. E che, in quanto tale andrebbe inquadrata e trattata.

«L'insonnia cronica è un disturbo a sé stante – afferma Liborio Parrino, Direttore del Centro di Medicina del Sonno dell'AOU di Parma – che ha sia una componente notturna, per cui il paziente fatica a addormentarsi o a mantenere il sonno con continui risvegli o una componente diurna, che si manifesta con irritabilità, scarsa concentrazione e attenzione, sonnolenza e lacune della memoria». Gli effetti: irritabilità, scarsa concentrazione, ansia, profonda stanchezza.

Insomma, non è solo un sintomo, ma una malattia vera e propria (anzi, per la precisione ne esistono 89 forme diverse) che si manifesta con disturbi diversi nell'arco delle 24 ore.

Un problema, quello del non dormire, che ha connotati medici e sociali. Come hanno ricordato gli specialisti della Società Italiana di Neuro-Psico-Farmacologia

riuniti a congresso nei giorni scorsi. Uno dei focus dei lavori, il sonno mancato.

L'insonnia colpisce soprattutto gli anziani e le donne. Si definisce "acuta" se dura meno di tre mesi (questa forma interessa fino a una persona su tre) o "cronica", se supera questo intervallo di tempo, arrivando a durare in qualche caso anche tutta la vita. Questa forma, la più impegnativa, interessa il 10-15% della popolazione.

Alla sua comparsa può contribuire anche uno stile di vita sbagliato, perché anche il sonno ha le sue regole, da conoscere e rispet-



tare. «Per prima cosa – commenta Luigi De Gennaro, Ordinario di Psicobiologia, Psicologia Fisiologica e di Psicofisiologia del Sonno Normale e Patologico, Università La Sapienza di Roma – bisogna evitare di assumere prima di andare a letto qualunque sostanza stimolante come caffè, tè, nicotina. Da evitare anche l'alcol che deprime e peggiora la funzionalità respiratoria durante il sonno. La sera, inoltre, non si deve mangiare e bere in maniera eccessiva. No anche ad un'attività fisica strenua».

LA STANCHEZZA

Il non dormire, dunque, è una malattia che rivela i suoi effetti nelle 24 ore e, chi ne soffre, dovrebbe rivolgersi ad uno specialista senza perder tempo. Ma qual è l'identikit dell'insonne?

«È una persona che vorrebbe dormire – spiega la dottoressa Laura Palagini, dell'Ambulatorio di medicina del sonno, Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana – e soffre perché non ci riesce. Si mette a letto perché sente la necessità, la voglia e il bisogno di dormire, ma non si rilassa. Il suo corpo è stanco e vorrebbe recuperare ma il cervello è attivo non "si spegne" e non riesce ad abbandonarsi».

LA SEDAZIONE

Importanti novità sono in arrivo anche sul fronte del trattamento dell'insonnia cronica. Si tratta del Daridorexant (principio attivo), capostipite di una nuova classe di farmaci, gli inibitori dell'orexina. «È disponibile in Italia – spiega Luigi Ferini Strambi, Ordinario di Neurologia all'Università "Vi-

ta-Salute" di Milano e Direttore del Centro di Medicina del Sonno, Irccs Ospedale San Raffaele di Milano – agisce sull'orexina, un neurotrasmettitore della veglia, inibendone il funzionamento. Grazie ad una durata d'azione ottimale, di otto ore, questoblocca l'attività dell'orexina solo per il tempo necessario, quello del sonno notturno, senza dare sedazione al risveglio. In questo modo il paziente trattato con daridorexant non presenta sonnolenza durante il giorno, né problemi cognitivi. Oltre a ridurre il tempo di addormentamento, il nuovo farmaco facilita anche il mantenimento del sonno stesso. E un altro vantaggio è che questa molecola è sicura anche per chi soffre di apnee notturne».

Maria Rita Montebelli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I DISTURBI PIÙ FREQUENTI SONO LA DIFFICOLTÀ NEL PRENDERE SONNO E I FREQUENTI RISVEGLI DURANTE LA NOTTATA

IL DARIDOREXANT È UNA MOLECOLA CHE AGISCE SUL SISTEMA DELL'OREXINA, NEUROTRASMETTITORE DELLA VEGLIA

Sei milioni di italiani soffrono di insonnia, un disturbo cresciuto con la pandemia. Gli effetti: confusione, mal di testa, irritabilità. Ma una nuova terapia aiuta il riposo





Una ricerca dell'Università di Harvard ha analizzato gli effetti delle temperature (molto basse e molto alte) sul sistema cardiovascolare. Pericolo grave per il gelo

Il grande freddo attacca il cuore Come difendersi

LO STUDIO

I cambiamenti del clima hanno portato ad un aumento degli eventi estremi: freddo e piogge o temporali improvvisi o, al contrario grande caldo e siccità. Tutto questo comporta indubbiamente cambiamenti nelle nostre abitudini di vita e, inoltre, può comportare rischi per la salute.

In uno degli ultimi numeri della rivista *Circulation*, Barrak Alahmad, del Department of Environmental Health dell'Harvard School of Public Health di Boston (Usa) hanno valutato, nell'ambito del Multi-Country Multi-City Collaborative Network gli effetti delle temperature estreme, sia calde che fredde, sul sistema cardiovascolare.

Lo studio, il più vasto mai condotto sul rapporto del clima sul cuore, ha coinvolto ben 567 differenti città di 27 nazioni (tra cui l'Italia) sparse nei 5 continenti tra il 1979 ed il 2019.

L'analisi ha valutato, in oltre 32 milioni di soggetti, sia la mortalità cardiovascolare totale, che quella per cause come scompenso cardia-

co ed aritmie. I dati analizzati sono stati messi in relazione ai valori di temperatura medi delle varie città, per capire se le temperature estreme, relative sia al caldo che al freddo, avessero un effetto sul rischio cardiovascolare.

L'UMIDITÀ

Le temperature misurate andavano dai -30° di Helsinki ai +44° di Kuwait City. Nell'analisi effettuata è stata considerata l'azione di altri fattori quali l'umidità, l'inquinamento atmosferico ed altre cause che potessero inficiare i dati ottenuti. I giorni più caldi provocano 2,2 decessi in più ogni 1000 morti cardiovascolari. Quelli più freddi provocano addirittura un eccesso di mortalità di 9,1 soggetti ogni 1000.

Più in particolare nei giorni più caldi si registra, rispetto agli altri giorni, un aumento del rischio di mortalità tra il 7% ed il 10% per ischemia cardiaca o cerebrale, e del 12% per lo scompenso cardiaco. Nei giorni più freddi è peggio.

L'aumento di rischio per ischemia cardiaca o cerebrale, per esempio, è del 32,5% superiore a quello dei giorni con temperatura normale.

Vi è quindi una chiara associazione tra temperature estreme e rischio cardiovascolare. Del resto ri-

sultati simili erano già stati pubblicati da Sameed Khatana ed i suoi collaboratori della Perelman School of Medicine della Pennsylvania University di Filadelfia che avevano analizzato il rapporto tra caldo estremo e mortalità cardiovascolare in un periodo di 10 anni. La mortalità cardiovascolare media mensile nei 10 anni dello studio è stata tra 22 e 26 persone ogni 100.000 abitanti. Ogni giornata in più di caldo estremo, era associata ad un incremento della mortalità mensile tra lo 0,12% e lo 0,19% e riguardava principalmente il sistema cardiovascolare.

LA PRESSIONE

Quali i motivi? Per ciò che riguarda il caldo eccessivo, esso causa sudorazione e quindi disidratazione, specie negli anziani che sentono meno lo stimolo della sete. Ed ancora la vasodilatazione provocata dal caldo, riduce la pressione ed in questo può essere favorita da alcuni farmaci quali gli antianginosi, i diuretici o gli ipotensivi.

Antonio G.Rebuzzi
Professore di Cardiologia
Università Cattolica Roma

**SONO STATE VALUTATE
E MONITORATE
PER QUARANT'ANNI
32 MILIONI DI PERSONE
DI 27 NAZIONI
(ITALIA COMPRESA)**

**L'INVERNO RIGIDO
FA AUMENTARE
LA VASOCOSTRIZIONE
SANGUIGNA E QUINDI
L'INNALZAMENTO
DELLA PRESSIONE**



Lombardia: la sfida decisa su sanità, trasporti, energia

Verso il voto. Alle strutture d'eccellenza e al ruolo dei privati si contrappone le carenze della rete territoriale. Le imprese chiedono risposte sul caro energia e l'inflazione

Sara Monaci

MILANO

La sanità tiene banco in Lombardia. In campagna elettorale è questo il tema più valorizzato. Comprensibilmente: si tratta di un'industria che solo sul fronte pubblico vale 21 miliardi all'anno circa, senza considerare la forte connessione con il mondo della ricerca e gli oltre 100mila dipendenti. Va aggiunto inoltre che per i prossimi anni sono stati pianificati investimenti sulle infrastrutture sanitarie del valore di 4 miliardi, di cui uno di derivazione Pnrr. Ma la sua centralità deriva anche dal fatto che durante i recenti anni del Covid sono emersi quei lati deboli che i cittadini lombardi hanno conosciuto, cioè un'assistenza territoriale ridotta al minimo, una scarsa reperibilità dei medici di famiglia e la concentrazione di tutte le attività nei grandi ospedali. Fatto, quest'ultimo, che, durante la pandemia si è rivelato non solo inefficace ma anche rischioso.

I principali candidati lombardi - Attilio Fontana per il centrodestra, Letizia Moratti per il terzo polo e Pierfrancesco Majorino per il centrosinistra - non negano l'eccellenza della ricerca lombarda, sia privata che pubblica, e nemmeno l'importanza degli ospedali privati convenzionati all'avanguardia che grazie al sistema dell'accreditamento sono accessibili a tutti, ma devono comunque rispondere al problema della rete territoriale assente e delle lunghe liste d'attesa.

Per quanto riguarda i medici di famiglia c'è un numero che allarma: nel giro dei prossimi sei anni, tra medici di

medicina generale e pediatri mancheranno oltre 6mila professionisti, considerando i pensionamenti e la possibilità di arruolare nuovi specializzati. Mentre per quanto riguarda le liste d'attesa, ci sono 10 prestazioni, che la stessa Regione riconosce, per cui si

può arrivare ad aspettare per un anno: oculistica, dermatologia, dopplergrafia cardiaca, ecografia della mammella, ecografia dell'addome, ortopedia, doppler dei tronchi sovraortici, cardiologia, diabetologia e neurologia.

Il nodo fondamentale è la spinosa questione del rapporto con le strutture private, che difficilmente in Lombardia può essere messo in discussione visto che ormai rappresentano un pilastro del sistema, ma che può essere "corretto" con una regia pubblica maggiore. Il problema molto evidente delle liste d'attesa può essere migliorato solo se il pubblico definisce le priorità e in qualche modo obbliga i privati a seguirle. Tutti i candidati affrontano gli stessi nodi: nessuno di fatto nega l'evidenza, ma vengono valorizzati aspetti diversi. Per Fontana, che si candida al secondo mandato, la Lombardia rimane un'eccellenza a cui vanno aggiunte maggiori prestazioni territoriali; per Majorino le liste d'attesa vanno ridotte drasticamente del 50% e la riforma sanitaria riscritta con medici e infermieri; per Moratti va fatta più innovazione con la telemedicina e la digitalizzazione ma al contempo rafforzato il ruolo pubblico.

Altro tema della campagna è la re-

silienza del tessuto imprenditoriale. Se c'è stata un'indubbia ripresa post-Covid, e la crescita acquisita dalla Lombardia nel 2022 è stata del 3,5%, va anche detto che da fine 2022 si assiste ad un peggioramento del clima di fiducia di imprese e famiglie, a causa evidentemente del caro energia e dell'inflazione. Sul fronte energetico la Lombardia sta affrontando le gare nel settore dell'idroelettrico, che conferiscono al territorio una percentuale elevata, di oltre 30%, di energia rinnovabile. Inoltre dovrebbero partire i bandi per realizzare in cinque aree le sperimentazioni sull'idrogeno verde, con una disponibilità di 40 milioni derivanti dal Pnrr. Sentita dal mondo industriale è anche la questione delle infrastrutture, a cui le parti politiche danno risposte diverse: per Moratti vanno realizzate le grandi opere interregionali al Nord, Majorino guarda al potenziamento delle ferrovie regionali secondo lui storicamente trascurate, mentre per Fontana occorre un mix di strade e ferrovie, guardando anche al trasporto veloce tra i centri urbani.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA SFIDA IN LOMBARDIA



Attilio Fontana
Sostenuto da Lega, Fdi, Forza Italia, Noi moderati-Rinascimento Sgarbi



Pierfrancesco Majorino
L'esponente dem ha l'appoggio di Pd, M5S, Alleanza Verdi Sinistra



Letizia Moratti
L'ex vicepresidente della Regione ha il sostegno del Terzo polo



OPERE PUBBLICHE
Sul tavolo anche le diverse ricette indicate dai candidati sul fronte infrastrutture



Lazio, Rocca attacca la sanità D'Amato: «Poteri per Roma»

► Il candidato del centrodestra denuncia: «Nei conti c'è un disavanzo di 2 miliardi» ► L'assessore uscente rilancia il ruolo della Capitale nel confronto organizzato da Aspesi

«Metterò subito mano alla sanità, l'ho promesso a Silvio Berlusconi, perché lui sa quanto i cittadini del Lazio stanno soffrendo». Francesco Rocca, candidato del centrodestra alla Regionali, individua le sue priorità se eletto come governatore del Lazio. L'ha annunciato a un incontro organizzato ieri da Forza Italia con i ministri azzurri del governo Meloni e al quale è intervenuto anche Berlusconi in videocollegamento. E secondo l'ex presidente della Croce Rossa serve uno sforzo ulteriore su questo versante, perché «nel Lazio c'è un urgente bisogno di riformare il sistema sanitario. I dati, infatti, fotografano una situazione disastrosa, rispetto alla quale chi ha governato per dieci anni deve prendersi la responsabilità e metterci la faccia. Recentemente, infatti, la Corte dei Conti ha evidenziato come due sole regioni in Italia fanno peggio del Lazio nella spiacevole classifica di chi ha speso di più per la mobilità sanitaria. Un disavanzo di oltre due miliardi che certifica il fallimento delle politiche sanitarie della giunta Zingaretti e in particolare dell'assessore D'Amato». In quest'ottica diventa necessario «arginare la tragica e ovvia diaspora di medici che, sfiduciati, abbandonano il nostro territorio per lavorare in contesti efficienti e dignitosi».

Giudizio che chiaramente il suo avversario scelto dal centrosinistra, Alessio D'Amato, respinge nettamente: «Abbiamo già fatto partire la costruzione di sei ospedali e la sanità del Lazio è stato un modello per il contrasto della pandemia». Intanto, a cinque giorni dal voto di domenica, crescono la pressione per accelerare la riforma

sui nuovi poteri per Roma e i dubbi sulla più generale riforma dell'Autonomia, che non dovrà penalizzare le amministrazioni e i servizi del Centro e del Sud. In quest'ottica centrodestra, centrosinistra e Cinquestelle guardano alla prossima legislatura regionale anche come l'occasione per riempire il gap di competenze, che impedisce alla Capitale di svilupparsi come dovrebbe. Il tema è stato ieri al centro di un confronto tra i principali candidati (mancava Francesco Rocca del centrodestra, che per un lutto familiare) organizzato dall'Aspesi, l'associazione nazionale delle imprese che si occupano di recupero e sviluppo urbanistico e immobiliare guidata da Paolo Buzzetti. Alessio D'Amato, candidato del centrosinistra e del Terzo Polo, per esempio, ha ricordato il lavoro già iniziato sull'urbanistica e ha spiegato che «dare più poteri e risorse a Roma per dare una spinta produttiva a tutto il paese. Noi un passo lo abbiamo fatto con la delega ur-

banistica a Roma». Stesso impegno anche da Donatella Bianchi, scelta dal M5S per concorrere alla poltrona di governatrice del Lazio. Che anche ieri ha promesso, se eletto, di collaborare con il sindaco di Roma «per migliorare i servizi e portarli al livello delle altre capitali».

LE OPERE

Davanti alla platea di progettisti e realtà dell'immobiliare, l'ex assessore alla Sanità ha spiegato che la prima infrastruttura sulla quale si impegnerà sarà «la Cisterna-Valmontone. Se sarò presidente vorrei far partire i lavori entro

l'anno». Sullo stesso tema la giornalista ha spiegato: «La prima cosa che farei sarà rispondere ai 75mila pendolari che ogni giorno vanno a Roma da Viterbo o verso Ostia: cambiando rapidamente i treni che gridano vendetta e i vagoni di questi viaggi della speranza senza la minima attenzione alla disabilità». Spazio poi alla rigenerazione urbana: D'Amato prometta semplificazioni e rivendica il fatto che «la Regione Lazio è stata l'unica a utilizzare il superbonus» per le riqualificazioni, mentre Bianchi annuncia «un superbonus regionale» per integrare gli incentivi nazionali per «i tanti edifici che scontano basse performance energetiche».

Sempre ieri D'Amato, ma ospite della trasmissione "Un giorno da pecora", ha dichiarato che «per risolvere il problema dei cinghiali servono degli abbattimenti selettivi, laddove è necessario». Quindi dagli stessi microfoni ha promesso: «Se vinco io vado a piedi al Divino Amore partendo da porta San Sebastiano». Cioè un pellegrinaggio di oltre 20 chilometri, che si fa a passo svelto in non meno di quattro ore.

Francesco Pacifico

**BIANCHI, CANDIDATA
DEI CINQUESTELLE
SOLLEVA LA QUESTIONE
DEI TRASPORTI:
«I TRENI REGIONALI
GRIDANO VENDETTA»**

**I TRE SCHIERAMENTI
PROMETTONO
DI ACCELERARE
SULLA REALIZZAZIONE
DELLE GRANDI
INFRASTRUTTURE**





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

IL FUTURO DEL BAMBINO GESÙ

Enoc: lascio dopo avventura speciale

Salinaro a pagina 12



«La sfida per gli ospedali cattolici? Dare risposte alle nuove povertà»

VITO SALINARO

«Lascio l'ospedale in un momento positivo. Se non fosse in previsione l'edificazione del nuovo polo, sarei rimasta fino alla fine del 2023. È l'età a impormi questa scelta». Mariella Enoc, presidente dimissionaria del Bambino Gesù di Roma, che ha guidato dal 2015, sgombra il campo da letture fuorvianti e spiega così il suo passo indietro comunicato alla Santa Sede - proprietaria del nosocomio pediatrico - e al personale, sabato scorso.

Presidente, lei sta lavorando dal 2021 alla nuova sede che sorgerà nel sito dell'ex ospedale Forlanini di Roma. C'era ancora del tempo a sua disposizione, prima della scadenza naturale del mandato, per supportare il progetto...

Lavoro alla nuova struttura da un anno e mezzo. Ho posto le basi del progetto, interfacciandomi con i governi Draghi e Meloni. Dopo le elezioni del prossimo fine settimana, sarà necessario definire il piano finanziario che, oltre alla Santa Sede, auspico coinvolga sia il Governo nazionale sia quello regionale. Dopodiché il progetto potrà decollare. Io, avendo compiuto 79 anni e avendo il mandato in scadenza quest'anno, non potrei proseguire perché le rego-

le del Vaticano sono chiare: a 80 anni bisogna lasciare. Andare oltre non sarebbe stato corretto nei confronti di chi, questo progetto, avrà il compito di portarlo avanti. Questo è il motivo vero, non ve ne sono altri, nessuna difficoltà o incomprensione.

Perché un nuovo ospedale?
Oggi abbiamo spazi limitatissimi rispetto ai moderni standard internazionali. Facciamo fatica persino a trovare posto per la Pet-Tac. Questo è il motivo per il quale ho sentito molto la responsabilità del nuovo ospedale.

Quanto costerà?
La stima è di circa 400 milioni.
Ha parlato dell'investimento con la premier Meloni?

Sì, certo.
Cosa vi siete detti?
Mi ha ascoltata con rispetto e in un clima molto collaborativo, in virtù della stima che la premier nutre da tempo per l'ospedale. Che, voglio ricordarlo, è il primo polo pediatrico d'Europa e, come tale, un vanto per l'Italia. Su questa stima si basa il desiderio di poter aiutare il Bambino Gesù a realizzare un futuro degno della sua storia e del suo prestigio.

Dieci giorni fa lei ha rivisto anche papa Francesco. Con lui di cosa avete parlato?

Tutte domande semplici, vedo...

Solo una sana curiosità.

Posso dirle che abbiamo dialogato a lungo. E se non ci fosse stato il problema della carta d'identità, il Santo Padre sarebbe stato contento di vedermi ancora al lavoro per il Bambino Gesù. Il Papa sta ora guardando con grande attenzione alla mia successione. Ancora una volta mi ha espresso la sua fiducia. Guardi, in questi anni saperlo vicino mi ha aiutata tantissimo. E ancora lo sentirò vicino in futuro.

Non da pensionata, immagino...

Lei mi vede pensionata?

Non direi.

Ecco, appunto. Non ho lo spirito della pensionata, purtroppo. Farò altre cose perché mi sento di poter dare ancora un contributo. D'altra parte, da pensionata, cosa potrei mai fare? Finché me la sento continuerò a lavorare.

A proposito di contributi. Lei resta procuratrice dell'Ospedale Valduce di Como?

Certo. Sono molto legata a



questa struttura della Congregazione delle Suore Infermiere dell'Immacolata, e orgogliosa di averla salvata da un triste destino. Ora sta andando molto bene, ha un centro di riabilitazione tra i più importanti d'Italia, Villa Berretta. Nel Valduce d'ora in avanti potrò investire molto più tempo. **Tanti ospedali cattolici sono in sofferenza. È solo un problema di bilanci, costi e rimborsi?**

È un'altra domanda difficile, mi creda. È un peccato perché il mondo della sofferenza e della cura è parte del messaggio evangelico, non ce lo siamo inventati noi. Mi fa molto soffrire quando ci si dimentica di questo aspetto. Torno al Valduce: l'ho trovato in una situazione delicata, oggi è rilanciato e desidero che resti un ospedale cattolico, null'altro. Ma non per la cattolicità in sé ma perché questi istituti devono fare quello che il Vangelo dice di fare. Ci sono tante nuove povertà che le nostre strutture, in maniera profetica, potrebbero accogliere.

Per esempio?

Al Bambino Gesù abbiamo creato un centro di cure palliative, il maggiore d'Italia, per rispondere a una nuova povertà: i bambini che non possono essere guariti hanno il diritto di essere curati. Con lo stesso spirito sta partendo la costruzione di una struttura per i di-

sturbi alimentari, i più diffusi dei quali sono anoressie e bulimie. Questo è il messaggio di papa Francesco. Avverto una passione sofferente quando vedo che molto di questo spirito si sta perdendo.

La sanità in Italia attraversa il momento forse più delicato dal dopoguerra. E i medici sono diventati merce rara. Come si corre ai ripari?

Per formare un medico servono 10 anni. Al momento bisognerà puntare sugli specializzandi degli ultimi anni e su quelli di provenienza estera. Il Servizio sanitario nazionale non va toccato, è un valore peculiare che l'Italia non può perdere, ma è arrivato il momento, a più di 40 anni dall'istituzione, di revisionarlo. L'invecchiamento della popolazione e la cronicità delle malattie lo stanno rendendo inefficiente. Facciamo in modo che pubblico e privato collaborino e lavorino di più insieme. Non può il pubblico occuparsi solo delle prestazioni più costose e il privato solo di quelle più remunerate. Bisogna trovare una sintonia, valorizzando i privati non profit, come il Bambino Gesù o il Valduce, consentendo loro reinvestimenti in innovazione,

personale, ricerca.

L'autonomia è un'opportunità o un rischio? Ahimè, io la vedo più come un rischio.

Nel suo mandato lei ha considerato prioritari tanto la ricerca quanto la rete che il Bambino Gesù ha saputo costruito all'estero, specie nei Paesi più poveri: sarà così anche in futuro?

Sì, l'ospedale ha ampliato sempre più la sua ricerca: si tratta di seguirla, coltivarla, non bloccarla mai, stipulando nuovi accordi internazionali perché la ricerca ha bisogno di dialogo costante con il mondo. Nello stesso tempo abbiamo cercato di portare il nostro sapere, come dono, a tutti coloro che non ce l'hanno: vale per i Paesi più poveri, nel campo della formazione, ma anche per molte nazioni evolute che però, su certe materie, hanno ancora bisogno di crescere.

Si può dire la stessa cosa anche per alcune aree italiane?

Sì, ma le citerò un esempio positivo. È il caso della Calabria. Vogliamo evitare ai bambini di sottoporsi a faticosi spostamenti da noi, a Roma, per prestazioni di media e bassa intensità. Facevamo 10.000 visite all'anno a pazienti calabresi. Con la Regione, e con le strutture sanitarie locali, abbiamo fatto un accordo che consente ai nostri medici di andare in Calabria e lavorare assieme ai loro colleghi ca-

labresi. Per noi è uno sforzo importante. Ora il nostro ospedale chiama le famiglie calabresi e fissa l'appuntamento, che una volta si teneva a Roma, direttamente in Calabria, con lo stesso specialista. I cittadini sono sollevati e fiduciosi. Questa è una collaborazione virtuosa tra pubblico e privato.

Come vede il "suo" ospedale negli anni futuri?

"Suo"? No, l'ospedale non è mio. Per me lasciarlo è una sofferenza perché l'ho amato come si fa con un figlio ma il figlio non è una proprietà... Il futuro? Continuerà a crescere e avrà sempre davanti la sua missione. "Rendere il Bambino Gesù sostenibile per consentirgli di compiere la sua missione" è stato il mio motto. Guardi, Turchia e Siria sono sconvolte dal terremoto. Se ci inviassero bambini e ragazzi, saremmo pronti ad occuparci di loro. Ecco cosa intendo per missione. Mi creda: si chiude per me un periodo bellissimo e una straordinaria avventura al timone di un ospedale speciale, una grande opera di carità della Chiesa nella sua universalità.

L'INTERVISTA

Mariella Enoc spiega il passo indietro compiuto dalla guida dell'Ospedale Bambino Gesù di Roma. Poi rilancia: «Il Servizio sanitario nazionale è un valore, ma è arrivato il momento di una revisione»

«Non trovo corretto iniziare a costruire la nuova sede sapendo che non la potrò portare a termine, per ragioni di età. Giusto passare la mano»

«La vicinanza del Papa mi ha aiutato tantissimo. Anche con Meloni e Draghi il clima è stato molto collaborativo»



Mariella Enoc





Dir. Resp.: Marco Tarquinio

I NUMERI

Primo polo pediatrico d'Europa Ventottomila i ricoveri nel 2021

L'Ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma è di proprietà della Santa Sede. È il più grande policlinico e centro di ricerca pediatrico in Europa, punto di riferimento per la salute di bambini e ragazzi provenienti da tutta Italia e dall'estero. Dal 1985 è un Istituto di ricovero e cura carattere scientifico. Conta 607 posti letto dislocati in cinque sedi. Nel 2021 sono stati ricoverati 28.000 pazienti e registrati 80.000 accessi al Pronto soccorso. Nello stesso anno sono state eseguite 31.500 procedure chirurgiche ed interventistiche. L'Ospedale eroga 2,4 milioni di prestazioni ambulatoriali l'anno. Nel 2021

sono stati eseguiti al Bambino Gesù 358 trapianti di organi, cellule e tessuti e di 7 cuori artificiali. Quasi 400 i progetti di ricerca ai quali partecipa il nosocomio. Nel 2021 sono state 1.365 le pubblicazioni scientifiche. (V. Sal.)

