



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

10 Settembre 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione

LIVESICILIA



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

Policlinico, Gianfranco Cocurullo è il neo primario della Chirurgia d'urgenza

PALERMO – Il professore Gianfranco Cocurullo è il nuovo direttore dell'unità operativa di chirurgia generale d'urgenza del Policlinico. L'incarico ha durata quinquennale.

Professore Ordinario dell'Università degli studi di Palermo, Cocurullo, specializzato in Chirurgia d'urgenza e in Endocrinochirurgia, si è sempre dedicato alla chirurgia generale con particolare riferimento alla chirurgia colon-rettale, e alle urgenze: negli ultimi 20 anni ha eseguito oltre 10.000 interventi chirurgici.

Il neo primario insegna Chirurgia Generale al VI anno della scuola di Medicina e Chirurgia e fa parte del Consiglio Direttivo della Società Italiana di Chirurgia d'Urgenza e del Trauma (SICUT).

La direttrice generale dell'Azienda ospedaliera universitaria, **Maria Grazia Furnari**, commenta: "Auguro al professore Cocurullo buon lavoro. Sono certa che sotto la sua guida, il reparto di Chirurgia continuerà a distinguersi per eccellenza, innovazione e attenzione ai pazienti. Il suo contributo sarà fondamentale per il raggiungimento dei nostri obiettivi e per la crescita dell'intera struttura sanitaria".



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

quotidianosanità.it

Donazione organi a cuore fermo. La Regione avvia l'istituzione del tavolo tecnico regionale

di Elisabetta Caredda

Bartolazzi: “Il numero di donazioni di organi da donatori con accertamento di morte con criteri neurologici sono stabili. Per aumentare il numero di donatori, in diverse realtà italiane ed europee si stanno sviluppando dei programmi di donazione di organi da soggetti deceduti per arresto cardiocircolatorio e sottoposti ad accertamento di morte con criteri cardiologici. I risultati dimostrano la valenza strategica di questo programma”.



10 SET - Ben presto anche in Sardegna potrà essere avviato il tavolo tecnico regionale che si occuperà di predisporre il 'Programma di donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD)', progetto [accennato](#) al nostro giornale dal dottor Lorenzo D'Antonio, coordinatore del Centro Regionale Trapianti, e già attuato in altre dodici regioni italiane. Ecco che la Giunta nei giorni scorsi ha deliberato le modalità di istituzione di suddetto organismo che vedrà coinvolgere gli specialisti del campo, a partire dai professionisti dell'Arnas 'G. Brotzu' e dell'AOU di Sassari. **“Ricordo che la legge del 91/1999 – spiega l'assessore Armando Bartolazzi a Quotidiano Sanità - che riguarda le disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti, disciplina il prelievo di organi e di tessuti da un soggetto di cui sia stata accertata la morte e regola le attività di prelievo e di trapianto di tessuti, e di espanto e di trapianto di organi, anche da soggetto vivente”.** “Anni dopo la Giunta regionale, nell'anno 2017 – prosegue l'assessore -, ha deliberato la nuova articolazione organizzativa del sistema regionale di donazione e trapianti al fine di rafforzare la struttura della rete regionale trapianti con lo scopo di potenziare i percorsi e le aree di attività. Ha quindi confermato le funzioni del Centro



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

regionale trapianti (CRT) e la sua collocazione presso il presidio ospedaliero Binaghi dell'ASL n. 8 di Cagliari, e, contestualmente, ha deliberato che le attività del Centro regionale trapianti sono coordinate, in armonia alla legge, da un Coordinatore regionale nominato dall'assessore della Sanità". "Successivamente, con deliberazione dell'anno 2020, sono stati invece recepiti gli Accordi tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, che riguardano il Programma nazionale donazione di organi 2018-2020 e i requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi delle strutture sanitarie per lo svolgimento delle attività di trapianto di organi solidi da donatore cadavere. Quindi i criteri e le procedure per l'autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, singole o afferenti ad un programma regionale di trapianto, comprese le attività di trapianto pediatrico; ed i volumi minimi di attività e degli standard di qualità delle strutture autorizzate". "Continuando, nell'Accordo succitato si parla poi di Protocollo per la valutazione di idoneità del donatore di organi solidi, nonché di requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici degli Istituti dei tessuti per la qualità e la sicurezza nella donazione, l'approvvigionamento, il controllo, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umane".

"Il trapianto di organi sappiamo bene rappresenta un'attività sanitaria ad alta valenza sociale, il cui potenziamento in termini numerici e di qualità dei risultati costituisce il presupposto per garantire una migliore qualità di vita a un sempre più elevato numero di persone affetta da gravi insufficienze d'organo. Attualmente, i risultati delle donazioni di organi da donatori con accertamento di morte con criteri neurologici sono mantenuti relativamente stabili in termini numerici, ma non più in crescita. Per aumentare dunque il numero di donatori, si stanno sviluppando in diverse realtà dei programmi di donazione di organi da soggetti deceduti per arresto cardiocircolatorio e sottoposti ad accertamento di morte con criteri cardiologici (DCD)".

"I dati disponibili della letteratura internazionale, soprattutto quelli prodotti da Spagna e Regno Unito, indicano come il procurement di organi da donatori a cuore fermo sia una risorsa preziosa per i pazienti in attesa di trapianto, in particolare, l'esperienza di questi Paesi dimostra che la donazione 'DCD controllata' è quella che oggi consente di ottenere i risultati migliori in termine di riproducibilità ed anche di risultati dei trapianti effettuati. In Italia il primo programma di prelievo di organi da donatori a cuore fermo è stato elaborato e messo in pratica nel 2008 dal Policlinico S. Matteo di Pavia e, da allora, grazie all'estendersi dell'utilizzo della metodica DCD, in dodici regioni italiane viene attuata tale tecnica di donazione che ha visto coinvolgere nell'anno 2023 ben 72 ospedali, con l'utilizzo degli organi di 211 donatori DCD ed il trapianto di 444 organi, dimostrando la valenza strategica di questa tipologia di programma". Il citato Accordo Stato Regioni, che risale al 14 dicembre 2017, sul Programma nazionale donazione organi 2018-2020 evidenzia la valenza strategica del programma di donazione a cuore fermo e prevede la programmazione di questa metodica in tutte le Regioni e Province autonome, con il



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

coinvolgimento delle Aziende ospedaliere, delle Aziende ospedaliere universitarie, degli IRCCS e le Aziende di alta specialità. Il Centro nazionale trapianti e la Rete nazionale trapianti hanno elaborato, in data 2 giugno 2021 e revisionato in data 25 gennaio 2023, un progetto concernente 'Consenso su procedure di donazione DCD controllata in Italia: position paper e documento di indirizzo della rete nazionale', con lo scopo di chiarire i principi di riferimento e gli scenari organizzativi possibili con particolare riguardo alle responsabilità dei diversi attori della metodica DCD".

"In Sardegna è dal 1988 che l'attività di donazione e trapianto degli organi viene svolta esclusivamente con organi prelevati dopo accertamento della morte con criteri neurologici (donatori cosiddetti a cuore battente o DBD) e che, oltre all'Arnas 'G. Brotzu', sede dei centri trapianto degli organi rene, cuore, fegato e pancreas, partecipano alle attività di donazione tutte le altre aziende sanitarie tramite i presidi ospedalieri dotati di reparto di terapia intensiva. Oltretutto si è visto che l'attività di segnalazione dei potenziali donatori di organi del territorio ha avuto un incremento nel corso degli ultimi anni e l'Arnas 'G. Brotzu' e l'AOU di Sassari hanno maturato professionalità ed esperienza nella gestione organizzativa della donazione a cuore battente e sono dotati di tutte le specialità e attrezzature necessarie per intraprendere anche l'attività di donazione a cuore fermo". "In considerazione di quanto premesso, ho proposto ed abbiamo approvato in sede di Giunta di istituire un tavolo tecnico regionale che si occuperà del 'Programma di donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD)', ed avrà il compito di predisporre un protocollo specifico per il percorso multidisciplinare per la donazione multiorgano a cuore fermo ed elaborare programmi per la formazione e l'aggiornamento degli operatori sanitari; ciò, coinvolgendo eventuali altri specialisti e/o altre professionalità per lo svolgimento di specifiche attività. Il suddetto tavolo tecnico regionale opererà presso la direzione generale della Sanità, che assicurerà il supporto organizzativo e tecnico amministrativo".

"Il 'Programma di donazione di organi da donatore a cuore fermo (DCD)' sarà avviato a partire dai presidi ospedalieri dell'Arnas 'G. Brotzu' e dell'AOU di Sassari, ed io mi occuperò di individuare i componenti del tavolo tecnico tra i professionisti di queste stesse due strutture sanitarie e di stabilire i termini di predisposizione del programma" – conclude Bartolazzi.

Elisabetta Caredda

Braccio di ferro sui fondi per la sanità

La partita vale 4 miliardi. Ma l'incidenza sul Pil è in calo e c'è il nodo degli organici

Gian Maria De Francesco

■ È un quasi braccio di ferro tra il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti e il titolare della Salute Orazio Schillaci con al fianco Palazzo Chigi. Un confronto che si profila a pochi giorni dal varo del Piano strutturale di bilancio, asse portante della manovra per il 2025. Il fronte è ovviamente quello della sanità che, allo stato dell'arte, richiederebbe maggiori stanziamenti sebbene le risorse

siano contingentate per via della messa in mora di Bruxelles sull'extradeficit e conseguente necessità di definire un piano di rientro del disavanzo. In un simile contesto, parlare di 2 miliardi in più come ha lasciato intendere Lungotevere Ripa, o addirittura di 4 miliardi in più come auspicherebbe Palazzo Chigi, anche per mettere a tacere le insistenze delle opposizioni che sottovalutano quanto fatto dall'esecutivo nei due anni, non poteva che suscitare qualche tensione. Ma occorre riavvolgere il nastro.

A sollevare la questione per primo è stato il ministro Schillaci alla fine della scorsa settimana. «Siamo arrivati a 134 miliardi sul Fondo sanitario nazionale (Fsn) e sono previsti quasi 5 miliardi per quest'anno», ha dichiarato aggiungendo che «stiamo discutendo col ministro Giorgetti quelle che saranno le risorse aggiuntive nella manovra in cantiere; auspico più risorse per la sanità italiana che viene da un periodo storico di sottofinanziamento voluto dai governi che ci hanno preceduto». Lo scorso anno, ha ricordato, «abbia-

mo recuperato la cifra più alta per il Servizio sanitario nazionale (Ssn) e sono sicuro che quest'anno ci sarà un importante investimento in sanità», ha aggiunto. L'obiettivo è «valorizzare il personale: dobbiamo avere la possibilità di assumere più professionisti nel campo sanitario e soprattutto di pagare meglio quelli che già lavorano», ha aggiunto.

Ma i veri numeri quali sono? A guardare le tabelle della legge di Bilancio 2024 la situazione appare più chiara. Dai 134 miliardi (+5,1 miliardi sul 2023) stanziati quest'anno per l'Fsn si dovrebbe passare a circa 135,5 miliardi il prossimo. I capisaldi di questa progressione restano sempre i 2,4 miliardi per i rinnovi dei contratti che con i provvedimenti, 280 milioni circa per il taglio delle liste d'attesa e 250 milioni per le deroghe sulle assunzioni di personale sanitario, fanno circa 3 miliardi. Se si guarda alla spesa sanitaria nel suo complesso, invece, il Def 2024 dovrebbe passare da 138,8 miliardi stimati per quest'anno a 141,8 miliardi nel 2025. Nonostante tale incremento, l'incidenza sul Pil è attesa in calo di un decimale dal 6,4 al 6,3 per cento. Se dal punto di vista macroeconomico un ulteriore finanziamento del Ssn ha senso, lo ha ancor di più considerando le piante organiche delle strutture sanitarie. È stato proprio il ministro Schillaci giovedì scorso a lamentare che nel settore emergenza-urgenza operano solo 4.312 medici.

Ma come convincere laureati e specializzandi ad avvicinarsi al servizio pubblico (che sempre tale resta anche quando effettuato in



il Giornale

strutture convenzionate)? In primo luogo, serve un provvedimento di detassazione delle cosiddette «indennità di specificità» al 15%. Questa flat tax consentirebbe di aumentare di 200 euro lo stipendio mensile dei medici la cui retribuzione - una volta strutturati - parte sempre da remunerazioni che toccano lo scaglione Irpef più alto (circa 80mila euro). La misura costa circa 400 milioni, mentre con 1,6 miliardi si potrebbero reclutare altri 10mila medici e 20mila infermieri. Retribuzioni più alte e offerta di posti di lavoro potrebbero far gola ai laureati italiani che, non di

rado, scelgono l'estero anche per i salari più alti. Inoltre, il potenziamento degli organici renderebbe più agevole il lavoro e diminuirebbe il ricorso agli straordinari e alle forniture di servizi medici da terzi per le emergenze. Se questi 2 miliardi poi raddoppiassero, ci sarebbe la possibilità di migliorare ulteriormente la qualità dei servizi che restano comunque di eccellenza rispetto ad altri Paesi G7.

La sanità è stato un tema al centro del vertice maggioranza-governo di ieri sul Piano strutturale e sulla manovra. La politica di bilancio «seria ed equilibrata» ribadita da Giorgetti non prevede, anche

per ovvi motivi, extradeficit. Recuperare risorse per la sanità sarà, pertanto, una sfida o, per dirla in altro modo, un altro dei paradossi generati da una certa «miopia» di cui sono affetti i vertici europei.

Schillaci ha la priorità di attrarre più medici negli ospedali pubblici

Giorgetti sa che il Paese non può permettersi alcun extra-deficit

135,5

In miliardi di euro lo stanziamento per il Fondo sanitario nazionale previsto dalla legge di Bilancio 2024 per l'anno prossimo. A legislazione vigente ci sarebbe un incremento di 1,5 miliardi di euro sull'anno precedente. Una cifra che il ministro della Salute, Orazio Schillaci, vorrebbe aumentare per facilitare le assunzioni di medici e infermieri

6,3%

Il peso sul Pil della spesa sanitaria nazionale previsto nel 2025. Sebbene l'incremento atteso dell'indicatore sia di 3 miliardi di euro (da 138,8 a 141,8 miliardi di euro), l'incidenza sul prodotto interno lordo è attesa in frazionale calo dal 6,4% del 2024 anche per effetto di una crescita che dovrebbe attestarsi all'1,1-1,2% l'anno prossimo



EQUILIBRI Il ministro della Salute Orazio Schillaci e il titolare dell'Economia Giancarlo Giorgetti



MARCO OSNATO Presidente della Commissione Finanze della Camera (Fratelli d'Italia)

“Riformare la previdenza? Non vedo spazi Alla sanità 2 miliardi tagliando sui bonus”

L'INTERVISTA

ANNA MARIA ANGELONE
ROMA

Onorevole Marco Osnato, la manovra è prossima. Di quanto parliamo?

«Sui 25 miliardi di euro. Sicuramente, meno di 30».

Lei chiede di sfoltire i bonus improduttivi per aumentare gli stanziamenti alla sanità. Dove si taglia?

«Abbiamo 625 tipi di bonus per più di 100 milioni di percettori (alcuni beneficiano di più di una misura). Secondo una stima, cubano fra i 105 e i 120 miliardi di euro ma neppure il Mef ne conosce, in toto, gli effetti. Penso che andrebbe fatta una ricognizione per valutare quelli necessari e quelli no».

E quanto si può recuperare per la sanità da qui?

«L'opposizione che oggi fa polemica dimentica che molti governi precedenti hanno tagliato la spesa sanitaria, magari un paio di miliardi».

Allo studio c'è anche una flat tax sugli straordinari dei lavoratori dipendenti?

«Un reddito incrementale su base volontaria è fattibile ma solo con un'incentivazione fiscale».

Quanto incentivata?

«Io ritengo ragionevole una tassazione al 15% ma questa è una proposta mia».

La manovra punta a sostenere il potere d'acquisto delle famiglie. Una delle misure certe è la proroga del taglio del cuneo...

«Puntiamo a mantenere il taglio del cuneo fiscale, l'assegno unico, il bonus mamme, quello per gli asilo nido, le deduzioni contributive per l'assunzione di donne».

Abbiamo anche un alto debito pubblico e una procedura d'infrazione Ue per deficit eccessivo. Dove trovare 10-12 miliardi l'anno per il rientro del disavanzo in sette anni?

«Ci sono più entrate tributarie ed extra tributarie. Abbiamo un'occupazione alta. Ma mi lasci dire che l'idea che l'Italia sia poco affidabile va affrontata. In che senso?»

«Il nostro debito pubblico è un tema immenso da molti anni. Ma la spesa per interessi sul debito è altissima. Abbiamo un quadro economico migliore della Francia e non si può dire che Parigi abbia un governo più stabile. Eppure, il nostro spread è più alto. Ripeto, va sfatata questa idea».

Vede male le pensioni?

«Sinceramente, in questo momento, non vedo spazio per una storica riforma delle pensioni. Ma ci impegniamo alla rivalutazione delle minime e di quelle più basse».

Aumentare le pensioni minime come chiede Forza Italia?

«Se riusciamo, lo faremo ma non so se ora. Su questo, non mi sbilancio».

E la lotta all'evasione?

«Mi complimento con Guardia di Finanza e Agenzia dell'Entrate perché, sinceramente, negli ultimi anni hanno fatto un gran lavoro. Ma credo che il nostro approccio di semplificazione e fisco

più "amico" contribuisca». **Ovvero?**

«Siamo concentrati sul recupero del dovuto, anche perché le sanzioni difficilmente sono state recuperate».

Salvini propone di alzare il tetto del regime forfettario per le partite iva fino a centomila euro. Che ne dice?

«Valuteremo. Personalmente, non sono contrario».

Si parla anche di una riduzione dell'aliquota Irpef intermedia dal 35 al 33%. Per quale scaglione di reddito?

«È un aiuto al ceto medio che, per noi, è la prima cosa». —

La mia proposta: aiutare i dipendenti detassando i loro straordinari con flat tax al 15 per cento



MARCO OSNATO
PRESIDENTE COMMISSIONE
FINANZE DELLA CAMERA



Salute 24

Autunno a rischio
Covid e influenza,
il vaccino non piace

Marzio Bartoloni — a pag. 18

Dal Covid all'influenza: il vaccino non piace più, autunno a rischio

L'allarme. Da ottobre la nuova campagna vaccinale, ma il rischio è un nuovo flop dopo il crollo dell'anno scorso quando si è vaccinato solo un anziano su due contro il virus influenzale e il 10% contro il Covid

Marzio Bartoloni

Da totem per sconfiggere la pandemia a grande dimenticato. Il vaccino per difendersi da influenza e Covid non piace più agli italiani, compresi gli anziani quelli a cui è raccomandato in vista del prossimo autunno-inverno. Quando si prevede una stagione anche peggiore di quella dell'anno passato che in Italia ha fatto registrare ben 15 milioni di contagi da virus influenzali e parainfluenzali. Così almeno dicono i segnali che arrivano dall'emisfero Sud del mondo dove con il passaggio dell'inverno i virus, come nel caso dell'Australia, si sono massicciamente affacciati. Un motivo in più per cercare di evitare i ritardi organizzativi dell'anno scorso nella distribuzione regionale delle dosi e nell'avvio della nuova campagna vaccinale compresa quella per il Covid per la quale ancora non ci sono indicazioni (si aspetta ancora la circolare). Anche perché l'ultima campagna vaccinale, quella del ritorno alla normalità, è stata un vero flop. La colpa? Un po' della cosiddetta "stanchezza vaccinale" degli italiani e un po' il ritardo e la poca determinazione delle istituzioni nel far decollare subito la rete delle farmacie e degli studi medici per immunizzare.

A dirlo sono i numeri del crollo delle iniezioni anche tra i soggetti più fragili e quindi a rischio. Per l'influenza le coperture sono scese ai livelli di cinque anni fa raggiungendo solo il 18,9% della popolazione rispetto all'anno prima (20,2%) e soprattutto solo un anziano su due: l'anno scorso si è vac-

nato contro l'influenza solo il 53,3% degli over 65, una asticella molto lontana dal 65,3% raggiunta in piena pandemia e comunque lontanissima dal target minimo del 75% indicato dall'Oms per questa vaccinazione. Ancora più clamoroso il flop dei vaccini contro il Covid: come emerge dai dati di Lab24 del Sole 24 ore che raccoglie tutti i dati dall'inizio della pandemia nella scorsa campagna vaccinale si sono immunizzati solo 2,2 milioni di italiani (il 3,75% della popolazione generale) e in particolare soltanto 1,885 milioni di over 60 (l'età dalla quale si raccomandava) e cioè il 10 per cento. Una fuga vera e propria a fronte delle oltre 9 milioni di dosi disponibili che ora rischiano di finire al macero e nonostante il virus Sars-Cov 2 faccia ancora danni soprattutto tra i più fragili: dalla fine dell'emergenza del 5 maggio 2023 ci sono stati in Italia - sempre secondo i dati di Lab24 - 7348 morti per Covid, di questi 5552 over 60. Ecco perché vaccinarsi è un'opportunità per tutti, ma per gli anziani può essere davvero un salvavita.

«Il cittadino come dico dalla pandemia deve essere informato e messo in condizioni di poter decidere con consapevolezza con il supporto, indispensabile della scienza e dei suoi attori, a partire dai medici. Chi ha responsabilità deve dire precisamente ed in maniera diretta agli italiani se questo strumento è davvero strategico. Nessuno può tirarsi indietro», avverte Francesco Vaia, Direttore della prevenzione del ministero della Salute in vista dell'avvio dai primi giorni di ottobre della campagna vaccinale. Le date come ogni anno variano da regione a regio-

ne: nel Lazio e Lombardia il primo ottobre, Veneto e Emilia il 7 ottobre, in Piemonte oltre il 15 ottobre. Si farà leva anche sulle farmacie, dove la somministrazione lo scorso anno è partita molto in ritardo. Centrale resta però il ruolo dei medici dei medici di famiglia. «I nostri software e piattaforme - spiega Silvestro Scotti, segretario generale della Fimmg - ci permettono di estrarre i pazienti target per età, cronicità e fragilità. Speriamo che le vaccinazioni vengano rese disponibili dai primi di ottobre nei nostri studi: questo rimane una responsabilità delle Asl e delle Regioni rispetto ai contratti di acquisto. Opportuno è rendere disponibili i vaccini il prima possibile». «Davanti a noi abbiamo la riapertura delle scuole, il ritorno alla grande socialità. Dobbiamo spendere il nostro tempo ed il nostro impegno in una importante campagna vaccinale a difesa delle popolazioni target. Anche dando esempi individuali», conclude Vaia. Ci sarà la volontà di farlo davvero?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Dalla fine dell'emergenza a lo scorso 5 maggio 2023 ci sono state 7348 vittime per Covid



NUOVI MEDICINALI

Dall'Aifa due linee guida sulle sperimentazioni

Due linee guida per semplificare l'organizzazione delle sperimentazioni cliniche dei farmaci e regolamentare gli studi osservazionali. Quelli che dopo l'immissione in commercio servono a valutare su grandi numeri di pazienti l'effettivo livello di efficacia e sicurezza, ma anche l'impatto effettivo delle eventuali nuove indicazioni terapeutiche autorizzate. Le ha approvate l'Agenzia italiana del farmaco fornendo chiarimenti rispetto alla normativa europea e nazionale vigente e adattando anche il contesto italiano ai Regolamenti Ue. "Un passo avanti importante - commenta il presidente dell'Aifa, Robert Nisticò - non solo per la valutazione del profilo d'uso e di sicurezza dei medicinali nelle normali condizioni di utilizzo, ma anche per la verifica della loro appropriatezza prescrittiva e

per le valutazioni di tipo farmaco economico che possono fornire una solida base in sede di ricontrattazione dei prezzi".

Le linee guida ribadiscono prima di tutto le quattro condizioni per poter classificare uno studio come "osservazionale", ma intervengono anche sulla semplificazione e sulla decentralizzazione delle sperimentazioni cliniche.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



I ragazzi come i veterani Il cervello «invecchiato» per i traumi del Covid

Lo studio americano: gli effetti del lockdown sugli adolescenti

di Chiara Bidoli

Che la pandemia da Covid-19 abbia impattato sulla salute mentale degli adolescenti è risaputo. C'è un nuovo studio dell'università di Washington, pubblicato su *Proceedings of the National Academy of Sciences (Pnas)*, una delle riviste scientifiche più note a livello internazionale, che ha «fotografato» il cervello dei ragazzi (età 9-17 anni) durante il lockdown. È emerso che gli effetti delle misure restrittive imposte dall'emergenza pandemica hanno provocato uno sviluppo cerebrale accelerato, rispetto all'età anagrafica, di circa 4,2 anni nelle ragazze e 1,2 nei ragazzi. I risultati sono visibili sullo spessore della corteccia cerebrale, lo strato di tessuto esterno del cervello, che si assottiglia naturalmente con l'avanzare degli anni o, in modo insolito, nel caso di stress cronico o traumi, come quelli provocati dalla pandemia.

«In nessun caso della storia recente un così ampio campione di popolazione è stato tenuto in uno stato di libertà limitata come nel marzo-aprile 2020 in corso di pandemia da Covid-19 — spiega Liliana Dell'Osso, presidente della Società italiana di Psichiatria —. Si tratta di un fenomeno nuovo, che può configurarsi come un "trauma di massa"». Dallo studio emerge che il cervello delle ragazze ha risentito di più, rispetto ai maschi, degli effetti del lockdown. «Tutti gli studi epidemiologici evidenziano una maggiore suscettibilità del genere femminile al trauma psichico. Nonostante le donne per natura si esponano meno dei maschi a eventi pericolosi, a parità di esposizione a fattori di stress, come durante la pandemia, sviluppano più frequentemente il Disturbo da stress post-traumatico (Ptd) che è visibile, come riporta questo lavoro, nei fenomeni atrofici a carico del sistema nervoso centrale», continua Dell'Osso.

Lo stress accelera l'assottigliamento della corteccia cerebrale con un rischio maggiore di sviluppare disturbi neuropsichiatrici e comporta-

mentali ma non è l'unico fattore di rischio. «Oltre allo stress correlato all'isolamento forzato, sono emersi, in soggetti predisposti, sintomi di panico e claustrofobia, causati dalla intolleranza alla solitudine, che sono risultati due volte più frequenti nel sesso femminile che in quello maschile. Nell'adolescenza il genere femminile è più esposto da un punto di vista biologico (ormonale) ed evolutivo», spiega l'esperta.

Il cervello «invecchia» con età e a causa dello stress. «Nei giovani è caratterizzato dal neurosviluppo, ovvero dai fenomeni neurogenerativi, con l'avanzare dell'età prevalgono quelli neurodegenerativi che causano invecchiamento fisiologico. Ansia e traumi possono determinare fenomeni neurodegenerativi perché tutti i mediatori dello stress sono neurotossici», dice la psichiatra.

Lo studio, inizialmente pensato per analizzare lo sviluppo degli adolescenti, si è poi concentrato sugli effetti che il lockdown aveva generato sul loro cervello. «L'adolescenza è caratterizzata da un

imponente rimaneggiamento cerebrale con fenomeni degenerativi poiché una parte di neuroni va incontro ad apoptosi (muoiono), ma anche rigenerativi, perché se ne formano altri. Questo spiega i cambiamenti, talvolta drastici, che l'adolescente ha a livello caratteriale. Lo stress cronico che i ragazzi hanno vissuto durante la pandemia, come mostra lo studio, ha avuto un impatto sull'assottigliamento della corteccia cerebrale. Ma non è una novità, anche in altri contesti traumatici, come per esempio nei veterani di guerra si aveva lo stesso risultato. Se si misurasse oggi lo spessore della corteccia cerebrale dei ragazzi dello studio probabilmente si potrebbero "vedere" fenomeni neuroregenerativi e assistere a un progressivo miglioramento del disturbo post traumatico da stress, sebbene si tratti di un processo lento», conclude Dell'Osso.

Maschi e femmine

Il fenomeno è più evidente nelle donne, hanno maggiormente sofferto la pandemia

● La rivista

«PNAS»

Il *PNAS* (*Proceedings of the National Academy of Sciences*) è una delle riviste scientifiche più autorevoli e note a livello internazionale. Lo studio che ha fotografato il cervello degli adolescenti durante gli anni del Covid-19 è dei ricercatori dell'università di Washington

Il recupero

Con cure adeguate si può anche assistere al miglioramento dei disturbi da stress



Cancro infantile, il ruolo dei contaminanti ambientali

Appello scientifico

Francesca Cerati

«**O**gni anno in Italia sono almeno 2.200 i nuovi casi di tumori pediatrici, una media del +2% l'anno, il doppio rispetto al dato europeo, con punte del +3,2% nel primo anno di vita» riferisce il presidente della Società italiana di medicina ambientale (Sima), Alessandro Miani, che aggiunge: «negli ultimi 20 anni, in Europa, il cancro è la principale causa di morte correlata alla malattia in tutte le fasce di età pediatriche». Da qui, l'appello per una nuova visione della medicina

e della prevenzione in chiave "epigenetica" che rappresentanti dell'Oms, premi Nobel ed esperti da tutto il mondo lanceranno nel corso della conferenza della Sima, in collaborazione con l'Università "Gabriele D'Annunzio" di Chieti-Pescara, l'11 settembre. «Nuove evidenze supportano il ruolo dei cancerogeni ambientali quale causa di malattia soprattutto nei bambini, che non sono esposti ai fattori di rischio come fumo, fattori professionali o prolungata adozione di stili di vita insalubri - spiega Prisco Piscitelli, vicepresidente Sima - Un incremento potenzialmente collegato all'esposizione materno-

fetale ad agenti pro-cancerogeni o alla trasmissione di alterazioni epigenetiche in seguito all'esposizione genitoriale ai contaminanti ambientali nei primi mille giorni di vita o negli anni fertili dell'adulto».



Il concetto di salute tra politica, cura e benessere sociale

Una ricercatrice illumina le ombre di uno dei pilastri del nostro tempo

di **Elisabetta Lalumera**

La salute è completo benessere sociale, psicologico e spirituale, non solo assenza di malattia: questa è la definizione dell'Oms del 1948, che tutti conosciamo. La salute è diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, dall'articolo 32 della nostra Costituzione.

Se sentite una tensione tra questi due testi, avete colto il problema filosofico della salute. Siamo di fronte a due concetti diversi. Il problema è scegliere quale sia più importante a livello personale o collettivo: quale salute vogliamo.

Se si intende la salute come completo benessere su tutti i fronti, non solo assenza di malattia, praticamente nessuno di noi è in salute. Non lo è l'atleta olimpico che ha un problema al ginocchio, il giovane migrante che sbarca in una terra straniera senza lavoro e famiglia, l'anziana sia pure attiva con un diabete cronico che tiene sotto controllo.

Non lo è chi è infelice, perché ha perso l'amore, l'occasione della vita o anche semplicemente perché vorrebbe il naso all'insù, dimagrire velocemente o liberarsi dalla cel-

lulite. Questo concetto di salute così ampio ha garantito però all'Oms come organizzazione sovranazionale un largo mandato d'azione per occuparsi di povertà, edilizia, educazione, parità di genere, oltre che di prevenzione e cura.

L'articolo della Costituzione invece sottende un concetto di salute minimale. Quello che possiamo esigere come diritto, e che lo Stato si impegna a darci come dovere, è molto meno del benessere completo.

I bisogni di salute sono la prevenzione delle malattie, vaccinazioni comprese, screening, esami diagnostici, cure farmacologiche e interventi, riabilitazione, assistenza per la riproduzione e la nascita, sollievo al dolore e palliazione. Qui la salute è intesa come assenza di malattia, in senso clinico allargato. Quando parliamo di difesa del nostro Sistema sanitario nazionale, parliamo di questo.

Torniamo al problema filosofico: quale concetto di salute scegliere? Le cose si complicano perché ce ne sono altri. Attorno al 2010 si è affermata la definizione di salute come capacità di adattamento e autogestione. Dai tempi dell'antica Grecia c'è poi l'idea dello stare bene come equilibrio in-

terno ed esterno, oggi declinata in termini di omeostasi e resilienza.

Quanto al benessere, se ne occupa la psicologia e ha almeno due concetti fondamentali e differenti. Da un lato il benessere soggettivo, che ha a che fare con le emozioni positive o negative che ciascuno prova durante la giornata (chi usa uno smartwatch avrà probabilmente provato a registrare il «mood»).

Dal'altro il benessere oggettivo, che rimanda all'*eudaimonia* del filosofo Aristotele e comprende la realizzazione di sé, le relazioni e il sentirsi parte di una comunità.

Anche qui una tensione: possiamo essere occasionalmente tristi (benessere soggettivo) e allo stesso momento soddisfatti di noi stessi e della nostra vita (benessere oggettivo). In medicina e sanità si usano i concetti di salute per valutare l'effetto dei farmaci, degli stili di vita o dei fattori ambientali, per mettere a confronto la condizione di diverse comunità o per capire su quale intervento o tecnologia è più opportuno investire. Per queste funzioni i concetti di salute, benessere e qualità della vita sono collegati a strumenti di misurazione, come la temperatura al termometro.

Ma se un termometro in Fahrenheit e uno in gradi Cel-



sus misurano la stessa cosa, per dirla semplicemente, le scale di salute e benessere, come abbiamo visto, possono misurare aspetti molto diversi. Siamo di fronte a una Babele del benessere.

Se leggiamo ad esempio che il pilates fa bene alla salute delle donne in menopausa, vorrà dire che l'allenamento diminuisce il rischio di malattie, migliora la capacità di autogestione, influisce sulla resilienza, aumenta le sensazioni positive o il benessere oggettivo? Se ci dicono che la salute in Italia è migliore della

salute negli Stati Uniti, cosa intendono? Se il nuovo sindaco vuole intervenire per il benessere delle persone anziane, cosa farà? Come lettori di scienza e cittadini dovremmo sensibilizzarci su un nuovo aspetto: pensare ai concetti e non solo ai dati. Perché ogni concetto di salute e di benessere è uno strumento per realizzare obiettivi scientifici, pratici, etici e politici. Questo è un tema di indagine per la filosofia della medicina.

La comunità internazionale è ampia, in Italia oggi impe-

gna un numero piccolo ma crescente di studiosi e studiosi che lavorano su temi interdisciplinari.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Evoluzioni
Ogni concetto di salute è uno strumento per obiettivi etici, pratici, scientifici e politici



La lectio

● Lalumera sarà a Carpi (Tenda di piazzale Re Astolfo) domenica 15 settembre alle 11.30 con una lectio magistralis dal titolo «Salute e benessere. Scienza, filosofia e politica»

Elisabetta Lalumera è professoressa di Filosofia e Teorie dei linguaggi presso il Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita dell'Università di Bologna



Il caso

L'ospedale di Foggia
"È come Fort Apache
aiuto o scappiamo"

di **Davide Carlucci**

● a pagina 17



IL RACCONTO

Gli assalti ai medici nell'ospedale di Foggia "È come Fort Apache aiutateci o scappiamo"

Aggressioni ogni giorno, ieri altri due episodi. E c'è chi invoca l'esercito
L'Ordine scrive alla premier: "Usate i fondi del Pnrr per la sicurezza"

dal nostro inviato
 Davide Carlucci

FOGGIA – È come un temporale improvviso che piomba su un mare già in tempesta. Le urla si propagano dal capannone dove sono parcheggiate le ambulanze e seminano il panico anche nei locali del pronto soccorso, dove una sessantina di pazienti sono in attesa. Sono le quattro del pomeriggio e agli ospedali Riuni-

ti di Foggia torna la violenza. Questa volta è un giovane tatuato con il braccio ingessato, già da un po' mostrava segni di insofferenza. Suo padre ha avuto un mancamento e lui e la moglie temono sia un infarto. Il vigilante gli dice di aspettare fuori, lui lo colpisce in testa con il gesso. Nella colluttazione fini-

scono malconci anche due infermieri. Arriva la polizia, «il vostro intervento è molto gradito»,



dirà poi un soccorritore del 118.

Foggia, ovvero la catena di montaggio delle violenze nei confronti dei camici bianchi. Rischiano di rimanere stritolati i medici in prima linea, come la primaria Paola Caporaletti: «Sono giorni che si ripetono gli episodi, uno dopo l'altro. Questo non si chiama lavoro. Però dobbiamo farlo». La mattanza è cominciata venerdì con l'aggressione, da parte di un gruppo di cinquanta fra pazienti e amici di una ventitreenne di Cerignola vittima di un incidente stradale. I medici della chirurgia toracica provano a spiegare che la vita della ragazza è appesa un filo, potrebbe non farcela. Ma le condizioni precipitano, lei smette di respirare, e scoppia il putiferio. La furia dei familiari invade il reparto, loro si barricano nella sala operatoria, alcuni non riescono a sfuggire e vengono picchiati selvaggiamente, riportando ferite e fratture.

Ieri notte, invece, in accettazione arriva un diciottenne, a quanto pare figlio di un malavitoso. Accusa un vago «stato d'ansia». Viene ricoverato per accertamenti e sottoposto a esami intorno alle due e mezza. Due ore dopo, è sul lettino e sbotta. Afferra per il braccio un infermiere, questi tenta di svincolarsi, lo rincorre, lo raggiunge, lo prende a calci e pugni. «Dov'è il medico, dov'è il medico?», urla. Poi incontra un altro infermiere, nella sua testa diventa il medico da braccare e lo picchia selvaggiamente. Fino a quando non intervengono i carabinieri, per arrestarlo. La mamma di un ragazzo, arrivata al pronto soccorso verso le due, racconta di un'altra aggressione avvenuta poco prima: «C'era un ragazzo che sclerava di brutto. A un certo punto si è spogliato, la maglia mi è arrivata addosso e ho visto che è salito sul bancone dove stanno le infermiere e ha iniziato a inveire».

Nel pomeriggio di ieri la tensione era ancora a livelli altissimi. Una guardia armata prova a placare la mamma di una ragazza, un «codice arancione» che aspetta da ore di essere visitata. «Signora, stanotte sono stati ricoverati due medici e quattro infermieri. Se vengono malmenati, chi vi deve curare?». È quello che dice anche Caporaletti, la primaria: «Siamo pochi, ora con queste aggressioni si è ridotto ulteriormente il numero degli infermieri». Lei stessa ha subito offese, ma «le violenze verbali sono quasi quotidiane, a quelle ormai non ci facciamo più caso: non è la normalità, è solo aumentata la nostra capacità di tolleranza. Non so, però, fino a quando». Urla e bestemmia anche il figlio di una signora sulla sedia a rotelle dirottata altrove. «Temiamo un effetto emulazione», dice il direttore generale Giuseppe Pasqualone, che ieri ha incontrato il vicepresidente della Regione Raffaele Piemontese. A pochi metri da loro, nell'obitorio ci sono ancora i fami-

liari della ventitreenne morta quattro giorni fa. «Ho letto la lettera della sorella - scrive su facebook Flaminia Mangano, la radiologa che ha refertato i medici aggrediti - una lettera che trasuda disperazione e rancore, ma tant'è, lei ha perso una sorella. Scrive il suo dolore. Chi di noi potrebbe non comprenderla. Eppure tra quelle righe c'è il seme di un odio nefasto, che ho visto trasudare da più commenti, da

più parti, da terze voci...».

Ora l'ospedale è pieno di auto della polizia e dei carabinieri, c'è anche la guardia di finanza. Normalmente, però, l'unico poli-

liziotto termina il suo turno alle otto di sera. Dopodiché c'è solo la vigilanza privata: «Abbiamo deciso di aumentare il personale, perché temiamo l'escalation», spiega il direttore Pasqualone. Ma la violenza in corsia è endemica. Da una ricerca condotta dalla Regione è emerso che il 42% degli operatori sanitari ha subito violenza nel corso della propria carriera e il 29% ha subito aggressioni nell'ultimo anno. Nel 17,5% dei casi la violenza è stata fisica. Il presidente della Regione, Michele Emiliano ne ha parlato con il ministro dell'Interno Piantedosi e ieri ha convocato il prefetto di Bari Francesco Russo per un piano di sicurezza che coinvolga tutti gli ospedali: «Non bastano le vigilanze private, servono più forze dell'ordine», dice. Il presidente nazionale della federazione degli ordini dei medici, Filippo Anelli, invoca l'esercito e alla premier chiede di usare i fondi del Pnrr per la sicurezza. Il leader nazionale del Sindacato dei medici italiani, Ludovico Abbatichio, lancia una provocazione, «il porto d'armi» per i medici in prima linea. «Questa è la sanità che paghiamo - dice un paziente anziano - perché qui al Sud non dobbiamo avere lo stesso trattamento dei cittadini del Nord?». A Foggia i medici sono la metà di quelli previsti. Pochi e terrorizzati.

Le misure

Verso l'aumento dei presidi di polizia

Più presidi di polizia negli ospedali presi di mira dalle aggressioni. È l'orientamento del governo. Dal 2023 all'8 agosto scorso i posti di polizia sono passati da 126 a 198, con un aumento degli organici passato dai 299 agenti iniziali agli attuali 435 (+45,4%).



PRESIDENTE
PIERLUIGI
DE PAOLIS,
MEDICO

*I reparti
sono diventati hotel,
entra chiunque
Servono più controlli*

